XXIII[e] CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

COMPTES RENDUS

XXIIIe CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

LE PUY — AOUT 1913

COMPTES RENDUS

PUBLIÉS PAR LE

Docteur SUTTEL

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DU CONGRÈS





MASSON et Cie, Éditeurs

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN (VIe)

PARIS

1914

PRÉLIMINAIRES

BUREAU DU CONGRÈS

Présidents d'honneur :

MM. GRANIER, Président du Comité des Inspecteurs généraux.
Robert BEURDELEY, Préfet de la Haute-Loire.
GIBELIN, Maire du Puy,
le Dr BONHOMME, Médecin en chef de l'Asile d'Aliénés du Puy.

Président :

Le Docteur ARNAUD, de Vanves (Seine).

Vice-Président :

Le Docteur DUPRÉ, Professeur agrégé, Médecin en chef de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police.

Sécrétaire général :

Le Docteur SUTTEL, Médecin en chef de la section des hommes de l'Asile d'aliénés du Puy.

DÉLÉGUÉS AU CONGRÈS

Ministère de l'Intérieur : M. GRANIER, Président du Comité des Inspecteurs généraux.

Ministère de la Guerre : Docteur HAURY, Médecin-major de 1re classe à Clermont-Ferrand.

Ministère de la Marine : le médecin de 2e classe HESNARD.

Société médico-psychologique : Docteur MIGNOT, Médecin en chef de la Maison nationale de Saint-Maurice.

Docteur KLIPPEL, Médecin des Hôpitaux de Paris.

— R. SEMELAIGNE, Président de la Société médico-psychologique.

Société de Psychiatrie : Docteur VALLON, Médecin en chef de l'asile Saint-Anne.

Société clinique de Médecine mentale : Docteur R. SEMELAIGNE.

Docteur TRUELLE, Médecin en chef de l'Asile de Ville-Evrard.

LISTE DES MEMBRES DU CONGRÈS

I. — MEMBRES ADHÉRENTS

Docteur Abadie (Jean), professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, rue des Trois-Conils, 3.
— Adam (Aloyse), directeur-médecin de l'Asile de Bourg-en-Bresse.
— Aimé (Henri), Paris, 15, rue de Chateaubriand.
— Ameline (Marius), Chezal-Benoît (Cher), directeur-médecin de la Colonie.
— Abrial, Asile du Puy.
— Anglade, médecin en chef de l'asile de Château-Picon, à Bordeaux.
— Antheaume, Paris, 6, rue Scheffer.
— Arman (Sixto Alvarez), Manicomio de Oviedo (Asturias), Espagne.
— Arnaud, Vanves (Seine).
— Arsimoles, Asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais).
— Aubry (Edmond), médecin en chef de l'Asile de Saint-Lô (Manche).

Professeur Ballet (Gilbert), Paris, rue du Général-Foy, 39.

Docteur Baruk, directeur-médecin de l'Asile d'Angers.
— Bellat (A.), directeur-médecin de l'Asile de Brenty-la-Couronne (Charente).
— Benon, Nantes, 16, rue Bonne-Garde.
— Bériel (Louis), médecin des hôpitaux, Lyon, rue du Bât-d'Argent, 18.
— Berthier, médecin-inspecteur, directeur du service de santé du XIIIe corps d'armée.
— Bonhomme (T.), médecin en chef de l'Asile du Puy (Haute-Loire).
— Bonhomme (J.), directeur-médecin de l'Asile de Marsens (Suisse).
— Briand, médecin en chef de l'Asile Sainte-Anne.
— Buvat, Paris, 130, rue de la Glacière.
— Camus (Paul), médecin de l'hospice de Bicêtre, à Paris, quai de Bourbon, 55.

Docteur CANEL, médecin-major de 1re classe, Le Puy.
— CARRIER (Henri), Lyon, route de Vienne, 138.
— CAZANOVE, médecin-major des troupes coloniales.
— CHARDON, médecin en chef de l'Asile d'Armentières (Nord).
— CHARON (René), directeur-médec. de l'Asile de Dury-lès-Amiens (Somme).
— CHARPENTIER (René), Neuilly-sur-Seine.
Monsieur CHARPENTIER (Cl.-Félix), avocat, Paris, 6, rue Ernest-Cresson,
Docteur CHARUEL (L.), directeur-médecin de l'Asile de Châlons-sur-Marne.
— CHOCREAUX, médecin en chef de l'Asile de Lommelet.
— COULONJOU, directeur-médecin de l'Asile de Bassens (Savoie).
— COZE, Le Puy.
— CORCKET, médecin en chef à l'Asile de Caen.
— COURJON (A.), Meyzieux (Isère).
— COURJON (Jean), Meyzieux (Isère).
— COURBON (Paul), Asile de Dury-lès-Amiens (Somme).
Professeur COURTELLEMONT, à Amiens, rue Porte-Paris, 14.
— CROCQ, Bruxelles, 62, rue Joseph II.
Docteur CROUZON, Paris, 70 *bis*, avenue d'Iéna.
— CULLERRE (A.), Nantes, rue de Strasbourg, 27.
— DADAY, médecin en chef de l'Asile de Privas (Ardèche).
— DARDEL, directeur de la clinique du Chanet, Neuchâtel (Suisse).
— DELMAS (Achille), Ivry-sur-Seine, 23, rue de la Mairie.
— DIDE, directeur-médecin de l'Asile de Toulouse.
— DOREL, Brioude (Haute-Loire).
— DUBOIS, médecin en chef de l'Asile de Clermont-Ferrand.
— DUMOLARD (L.), médecin des Hôpitaux, Alger, rue d'Isly, 64.
— DUPIN (Pierre), Privas (Ardèche).
— DUPOUY (Roger), directeur de la maison de santé de Fontenay sous-Bois.
— DUPAIN, médecin en chef de l'Asile de Vaucluse, Epinay-sur-Orge (Seine-et Oise).
— DUPRÉ, professeur agrégé à la Faculté de Paris, rue Ballu, 17.
— EUZIÈRE, Montpellier, rue de l'Observance, 15,
— FAMENNE (Paul), Florenville (Belgique).
— FAURE (M.), Lamalou-les-Bains.
— FILLASSIER, 3, avenue de Neuilly, Neuilly-sur-Seine.
— FRANCOTTE, professeur à l'Université de Liège, quai de l'Industrie.
— GARNIER (Samuel), directeur-médecin en chef de l'Asile de Dijon.
— GRANJUX, Paris, 17, quai Voltaire.
Monsieur GRANIER, inspecteur général du Ministère de l'Intérieur, Paris, rue Boileau, 47.
Professeur GRASSET, Montpellier, rue Jean-Jacques-Rousseau, 6.
Docteur GRAVIÈRE, 45, rue de Lodi, Marseille.
— GRECO (del), directeur de l'Asile de Come (Italie).

Docteur HALBERSTADT, Asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais).
— HAURY, médecin-major de 1re classe, Clermont-Ferrand.
— HAMEL, directeur-médecin de l'Asile de Quatre-Mares.
— HERCOUET (Jean), Saint-Mandé (Seine), 15, rue Jeanne-d'Arc.
— HESNARD, médecin de la marine.
— D'HOLLANDER, médecin en chef de l'Asile d'aliénées, Mons (Belgique).
— HARTENBERG, 64, rue de Monceau.
— JACQUIN, Bourg-en Bresse (Ain), médecin en chef de l'Asile de Sainte-Madeleine.
Professeur P. JANET, 54, rue de Varenne, Paris.
Docteur JUDE, répétiteur à l'École du Service de santé militaire, Lyon.
— JUQUELIER, directeur-médecin de l'Asile de Moisselles (Seine-et-Oise).
— KLIPPEL (Maurice), médecin des hôpitaux, 63, boulevard des Invalides, Paris.
— KULGENKO, Kiew (Russie).
— KÆPPELIN, Le Puy.
— LAGRIFFE, directeur-médecin de l'Asile d'Auxerre.
— LALANNE (Gaston), Le Bouscat (Gironde).
— LALANNE, médecin en chef de l'Asile de Maréville, près Nancy.
— LAGRANGE (Eugène), médecin en chef de l'Asile de Poitiers.
Professeur LANNOIS, Lyon, 14, rue Émile Zola.
Docteur LALLEMANT (Ernest), directeur-médecin de l'Asile Saint-Yon, Saint-Etienne-de-Rouvray (Seine-Inférieure).
— LAIGNEL-LAVASTINE, professeur agrégé, Paris, 45, rue de Rome.
— LE CUZIAT, médecin en chef de l'Asile de Bégard (Côtes-du-Nord).
Professeur LÉPINE (Jean), Lyon, 1, place Gailleton.
Docteur LEGRAS, Paris, 34, rue des Petits-Hôtels.
— LIBERT, 13, avenue de Saint-Mandé, Paris.
— LONG, 6, rue Constantin, Genève.
Madame LONG-LANDRY, id.
— MABILLE, directeur-médecin de l'Asile de Lafond, La Rochelle (Charente).
— MAGNAN, Suresnes (Seine).
— MAUPATÉ, médecin en chef de l'Asile de Bailleul (Nord).
— MEIGE (Henry), Paris, 10, rue de Seine.
— MEILHAN, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Quimper (Finistère).
— MEURIOT (Henri), 17, rue Berton, Paris.
— MERCIER, directeur-médecin de l'Asile de Saint-Alban (Lozère).
— MIRALLIÉ, professeur à l'École de médecine, Nantes, 11, rue Copernic.
— MONIER-VINARD, 3, rue du Regard, Paris.
— MOREL, Le Puy.
— MIGNOT (R.), médecin en chef à Saint-Maurice (Paris).
— DE MOURGUES, Asile du Puy.

Docteur OLLIVIER, médecin en chef de l'Asile de Lehon (Côtes-du-Nord).
— PAGE (Maurice), Bellevue (Seine-et-Oise), 19, rue des Potagers).
— PAILHAS, médecin en chef de l'Asile d'Albi (Tarn).
— PARANT (Victor), Toulouse, 17, allées de Garonne.
Professeur PARHON, Bucarest (Roumanie), 50, rue Polona.
Docteur PARIS, médecin en chef de l'Asile de Maréville, 10, rue Saint-Lambert, Nancy.
— PAUL-BONCOUR (G.), Vitry (Seine), rue Saint-Aubin, 22.
— PÉRIÈS, médecin en chef de l'Asile de Montauban.
— PICQUÉ (Lucien), Paris, 81, rue Saint-Lazare. Chirurgien des Hôpitaux.
— POROT, Tunis. Médecin de l'Hôpital français.
— RAVIART, Directeur-Médecin de l'Asile d'Esquermes (Nord).
Professeur RÉGIS, Bordeaux, 154, rue Saint-Sernin.
— RÉMOND, Faculté de médecine de Toulouse.
Docteur RINGENBACH, médecin des troupes coloniales, Bordeaux, 10, rue du Réservoir.
— RITTI (A.). Paris, 68, boulevard Exelmans.
Monsieur ROOSEBOOM (P.), La Haye (Pays-Bas), 125, Lann Van N.O. Indie.
— ROUSSY, Paris, 31, avenue d'Antin. Agrégé.
— ROBERT (Vital), Médecin-Major des troupes coloniales.
— SÉGLAS, Médecin en chef de la Salpétrière, Paris.
— SEMELAIGNE (René), Neuilly-sur-Seine, 16, avenue de Madrid.
— SCHILLER (Waldemar), Rio-de-Janeiro.
— SIMONIN, professeur au Val-de-Grâce, à Paris.
— SZUMLANSKI, Directeur de l'établissement thermal de Brioude.
— SUTTEL, médecin en chef de la section des hommes à l'Asile du Puy.
— TATY (Théodore), Paris, 161, rue de Charonne.
— THOMAS (André), 75, rue de Chaillot, Paris.
— TOY, Aix-en-Provence, 36, rue du Quatre-Septembre. Médecin en chef de l'Asile.
— TRUELLE. Médecin en chef de l'Asile de Ville-Évrard à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).
Docteur VALLON (Charles), Paris, 1, rue Cabanis. Médecin en chef de l'Asile Sainte-Anne.
— VIEUX-PERNON. Divonne (Ain).
— VIEL (B.), Pont-l'Abbé, Picauville (Manche). Médecin en chef de l'Asile.
— VIGOUROUX (A.), Épinay-sur-Orge, médecin en chef de l'Asile de Vaucluse.
— VOISIN (J.), Paris, 23, rue Saint-Lazare.
— VOIVENEL, 21, rue de la Fonderie, Toulouse.
— VURPAS, Paris, 161, rue de Charonne.

ASILES

Asile d'Orléans.
— de Bourges.
— de Blois.
— de Pont-Saint-Come, Montpellier.
— d'Alençon (Orne).
— de Villejuif.
— de Rennes (Ille-et-Vilaine).
— de Châlons-sur-Marne.
— d'Évreux (Eure).
— de Dury-lès-Amiens (Somme).
— de Prémontré (Aisne).
— de Pau.
— de Saint-Robert, par Saint-Égréve (Isère).
— de Saint-Lizier (Ariège).
— de Mont-de-Marsan (Landes).
Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier).
Asile de Pierrefeu.
Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher).
Asile du Puy.
— de Montpellier.
Maison nationale de Saint-Maurice (Seine).
Asile du Perreux (Suisse).
— de Clermont (Oise).
— de Sainte Catherine-près-Moulins (Allier).
— d'Armentières (Nord).
— de Vaucluse, à Épinay-sur-Orge, (Seine et-Oise).
— de Quimper.
— de Clermont-Ferrand.
— de la Roche-Gandon (Mayenne).
Hôpital civil français de Tunis.

II. — MEMBRES ASSOCIÉS

Mme Abadie, Bordeaux, 3, rue des Trois-Conils.
Docteur Adam (Frantz), Saint-Maurice (Seine).
Mme Antheaume, Paris.
M. Antheaume (Raoul), Paris.
M. Antheaume (Léon), 9, rue de Laplanche, Paris.
Mlle Berthier, Clermont-Ferrand,
Mme Bellat, Breuty la Couronne (Charente).
Mme Bonhomme, Marsens (Suisse),
Mme Arnaud, Vanves.
Mlle M. Arnaud, id.

Mlle J. Arnaud, id.
Mme Buvat, 130, rue de la Glacière, Paris.
Mme Charuel, Châlons-sur-Marne.
Mlle Charuel, id.
Mme Daday, Privas.
Mme Delmas, Ivry-sur-Seine.
Mme Dide, Braqueville, (Haute-Garonne).
Mme Dupouy, Fontenay-sous-Bois.
M. Gravière (Louis), 45, rue de Lodi, Marseille.
Mme Lagriffe (Auxerre).
Mme Lalanne, Maréville (Meurthe-et-Moselle).
Mme G. Lalanne, Le Bouscat (Gironde).
Mlle M. Lalanne. id.
Mme Pailhas, Albi.
Dr Puillet, interne, à l'asile de Villejuif.
Mme Régis, Bordeaux, 154, rue Saint-Sernin.
Mme Rémond, Toulouse.
M. Semelaigne (Georges), Neuilly-sur-Seine.
Mme Suttel, Le Puy.
Mme Truelle, Neuilly-sur-Marne.
Mme Vallon, Paris, 1, rue Cabanis.
Mme Vigouroux, Épinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).

COMPTE-RENDU FINANCIER DE LA XXIIe SESSION

TENUE A TUNIS DU 1er AU 7 AVRIL 1912

RECETTES

Cotisations.		
245 membres adhérents à 20 fr.	4 900	
27 asiles et sociétés adhérents à 20 fr.	540	
73 membres associés à 10 fr.	730	6 170 fr. »
Subventions.		
Du Gouvernement Tunisien	3 000	
Du Ministère des Colonies	400	
Du Comité d'hivernage de Tunis	200	
Du Syndicat des hôteliers	100	3 700 fr. »
Intérêts des fonds en banque		139 fr. 09
TOTAL DES RECETTES		10 009 fr. 10

DÉPENSES

I. Imprimés, circulaires, fournitures papeterie	687 fr. 80
II. Frais de secrétariat (timbres, télégr.; employé, voyages et déplacements)	1 048 fr. 20
III. Organisation des séances. Locaux	107 fr. 35
IV. Réception offerte par le Congrès	410 fr. »
V. Allocations (œuvres dispensaires)	340 fr. »
VI. Excursions	832 fr. 86
IV. Impression et frais d'envois des Rapports	2 031 fr. 95
des Compte-Rendus	1 874 fr. 65
TOTAL DES DÉPENSES	7 332 fr. 75

BALANCE

RECETTES	10 009 fr. 10
DÉPENSES	7 332 fr. 75
EXCÉDENT DES RECETTES	2 676 fr. 35

La subvention du Ministère des Colonies n'a pu être touchée, la recette des finances de Tunis exigeant, parmi les pièces à produire, l'extrait des statuts établissant les droits et pouvoirs du secrétaire général pour les encaissements et pour donner quittance. Le Comité permanent propose à l'Assemblée générale de voter l'addition suivante aux statuts : « Le secrétaire général a tous pouvoirs pour encaisser et donner quittance ».

STATUTS DU CONGRÈS

But, Siège et Composition du Congrès.

Un Congrès de Médecins aliénistes et neurologistes se réunit chaque année dans une ville de France ou des pays de langue française.

Le but de ce Congrès est l'étude et la discussion des questions concernant la Psychiatrie, la Neurologie, la Médecine légale et l'Assistance des aliénés.

Dans les séances de ce Congrès, l'emploi de la langue française est obligatoire.

La durée des travaux est au minimum de quatre jours qui, autant que possible, seront consécutifs. Deux séances ont lieu chaque jour, une le matin, une l'après-midi.

En outre, des visites sont faites aux Asiles d'aliénés et aux établissements pouvant intéresser les Psychiatres et les Neurologistes. Des excursions peuvent être aussi organisées.

Le Congrès comporte des Membres adhérents et des Membres associés.

Les Membres adhérents doivent être médecins, français ou étrangers. Ils paient une cotisation de vingt francs pour chaque session. Ils ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Ils reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session.

Les délégués des Administrations publiques françaises jouissent des avantages réservés aux Membres adhérents, mais ne paient pas de cotisations.

Les Asiles d'aliénés peuvent adhérer au Congrès aux mêmes conditions que les Membres adhérents et, dans ce cas, reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session.

Les Membres associés se composent des personnes de la famille

des Membres adhérents, présentés par ces derniers. Ils paient une cotisation de dix francs pour chaque session. Ils ne prennent pas part aux travaux du Congrès, mais peuvent bénéficier des avantages accordés pour le voyage ou les excursions.

Chaque session comporte :

Un Président, qui était le Vice-Président de la session précédente ;

Un Vice-Président, qui deviendra de droit Président de la session suivante ;

Un Secrétaire général, un Secrétaire général adjoint.

Le Président et le Secrétaire général sont chargés de l'organisation de la session. Ils peuvent s'adjoindre un Comité d'organisation local.

Les projets d'organisation d'une session doivent être soumis à l'approbation du Comité permanent du Congrès.

Comité permanent.

Le fonctionnement des sessions successives du Congrès est assuré par un Comité permanent (décision de l'Assemblée générale du XVI[e] Congrès des Médecins aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, Lille, 1906).

Ce Comité permanent se compose de neuf membres, savoir :

Le Président de la session ;

Le Vice-Président de la session (lequel est appelé de droit à la présidence du Congrès de l'année suivante).

Six membres élus par l'Assemblée générale du Congrès, renouvelables par tiers tous les deux ans et non immédiatement rééligibles.

Un Secrétaire-Trésorier permanent.

Le Comité permanent se réunit chaque fois qu'il est nécessaire, au moins deux fois par an.

Une réunion a lieu à Paris, au mois d'avril, dans laquelle le Secrétaire permanent soumet au Comité permanent le projet du programme de la prochaine session, projet élaboré après entente avec le Président et le Secrétaire général de la prochaine session, assistés, s'il y a lieu, d'un Comité d'organisation local.

Ce projet, une fois approuvé par le Comité permanent, le Président et le Secrétaire général de la session procèdent à son organisation.

En cas de modifications à ce projet, le Secrétaire général

informe le Secrétaire permanent qui provoque, s'il y a lieu, une réunion du Comité permanent.

Une seconde réunion du Comité permanent a lieu au début des travaux du Congrès.

Dans cette réunion, le Comité permanent, sous la présidence du Président de la session actuelle, est assisté par :

Le Vice-Président, le Secrétaire général et le Secrétaire général-adjoint de la session ;

Les Présidents et les Secrétaires généraux des Congrès antérieurs ;

Le Comité permanent ayant recueilli, pendant l'année, les propositions qui lui sont faites concernant les sujets des rapports, le siège des sessions ultérieures, etc..., en donne communication dans cette réunion, dont les membres choisissent, parmi les différentes propositions, celles qui seront soumises aux votes de l'Assemblée générale du Congrès.

Assemblée générale.

L'Assemblée générale du Congrès se réunit pendant les travaux de la session.

Elle se compose de tous les Membres adhérents et est présidée par le Président de la session, assisté du Secrétaire général de la session et des Membres du Comité permanent.

Le Secrétaire général de la session précédente soumet à l'approbation de l'Assemblée le compte rendu financier de sa gestion.

Le Président soumet aux votes de l'Assemblée générale les propositions concernant :

1° Le siège de la prochaine session ;

2° Le Vice-Président de la prochaine session, lequel deviendra de droit Président deux ans plus tard ;

3° Le Secrétaire général et le Secrétaire général adjoint de la prochaine session ;

4° Les questions qui feront l'objet de rapports à la prochaine session et les noms des rapporteurs proposés.

Tous les deux ans (années paires), l'Assemblée générale est appelée à élire deux membres du Comité permanent, en remplacement de deux Membres sortants désignés par tirage au sort.

Il est dressé un procès-verbal signé par le Président et le Secrétaire général de la session.

Les élections du Vice-Président de la prochaine session et celles des Membres du Comité permanent se font au scrutin secret, à la majorité absolue.

Ouverture du Congrès. — Séance solennelle d'ouverture. — Constitution du Bureau.

L'ouverture du Congrès a lieu le matin du premier jour de la session par une séance solennelle d'inauguration, sous la présidence des autorités locales, préalablement invitées par le Président de la session.

Après les allocutions des personnalités officielles, le Président du Congrès prononce un discours d'ouverture.

La première séance des travaux du Congrès se tient l'après-midi du premier jour.

La présidence et la vice-présidence des séances sont assurées par le Président et le Vice-Président de la session actuelle.

Ces derniers, assistés du Secrétaire général, constituent le Bureau du Congrès. Ils désignent des Présidents d'honneur choisis parmi les notabilités régionales, et, s'il y a lieu, des Présidents de séance choisis parmi certains membres adhérents présents au Congrès. Les uns et les autres peuvent être en nombre indéterminé.

Le Bureau, ainsi constitué, a la direction des travaux du Congrès.

Le Président ou le Vice-Président peuvent se faire remplacer pendant les séances par les différents Présidents d'honneur.

Le Bureau fixe et modifie, s'il y a lieu, l'ordre du jour des séances, qui peuvent être redoublées; il veille à l'application du règlement et prend, pendant la durée du Congrès, telles décisions nécessitées par les circonstances.

Il est procédé aussi à la désignation de Secrétaires des séances. Ceux-ci, sous la direction du Secrétaire général et du Secrétaire permanent, sont chargés de centraliser les documents nécessaires à la publication des comptes rendus des travaux de la session; ils prennent note de la succession des orateurs, rédigent un résumé des communications ou discussions, recueillent et ordonnent les manuscrits, secondent le Secrétaire général dans ses différentes fonctions pendant la durée du Congrès.

Rapports.

Chaque année, le Congrès désigne trois questions devant faire l'objet de rapports à la session suivante :

1° Une question de Psychiatrie;
2° Une question de Neurologie;
3° Une question de Médecine légale ou d'Assistance des aliénés, alternativement.

Pour chaque question, le Congrès désigne un rapporteur.

Exceptionnellement, il peut être désigné deux rapporteurs pour une même question.

Les manuscrits des rapports doivent être remis au Secrétaire général deux mois et demi au moins avant l'ouverture du Congrès.

La longueur de chaque rapport ne doit pas dépasser soixante pages d'impression, condition absolue. Les figures ou planches sont à la charge des auteurs, sauf autorisation préalable du Secrétaire général, d'accord avec le Secrétaire permanent.

Chaque rapporteur fait un résumé de son rapport à la séance fixée par le programme du Congrès.

La durée de ce résumé oral ne doit pas dépasser trente minutes.

Le résumé oral de chaque rapporteur est suivi d'une discussion.

Les Membres du Congrès qui désirent prendre part à cette discussion doivent s'inscrire à l'avance au Bureau du Congrès.

La parole leur est donnée d'après l'ordre des inscriptions.

La durée de la discussion pour chaque auteur qui y prend part ne doit pas excéder quinze minutes.

Chaque membre du Congrès qui prend part à la discussion doit remettre au Secrétaire général, avant la fin du Congrès, le texte résumé destiné à figurer dans le volume des comptes rendus.

Lorsque la discussion est terminée, le rapporteur, s'il le désire, répond successivement à chacun des orateurs.

Communications et Discussions.

Les Membres adhérents du Congrès peuvent faire une ou plusieurs communications orales sur des sujets concernant la Psychiatrie, la Neurologie, la Médecine légale ou l'Assistance des aliénés.

La durée de l'exposé de chaque communication ne doit pas dépasser quinze minutes.

Les titres des communications doivent être adressés au Secrétaire général quinze jours au moins avant l'ouverture du Congrès.

Les communications sont faites dans l'ordre où leurs titres ont été adressés au Secrétaire général. Toutefois, dans l'intérêt de la discussion, le Secrétaire général peut grouper dans une même séance les communications relatives à des sujets similaires,

La liste des communications qui doivent être faites dans une séance peut être imprimée à l'avance et distribuée aux Congressistes au début de cette séance. C'est seulement quand cette liste est épuisée, et si le temps le permet, que la parole peut être donnée à d'autres orateurs pour des communications non inscrites au programme de la séance.

Lorsque les communications doivent être accompagnées des présentations de pièces, de coupes, d'appareils, etc., ou de projections, l'auteur doit en informer à l'avance le Secrétaire général, qui prend, s'il est possible, des dispositions en conséquence.

Des résumés des communications doivent être adressés au Secrétaire général au plus tard quinze jours avant l'ouverture du Congrès. S'il est possible, ces résumés sont imprimés sur feuillets détachés et distribués aux membres du Congrès dans la séance où ont lieu ces communications. Ces résumés ne doivent pas dépasser une page d'impression, titre compris (format du volume des comptes rendus du Congrès), tirage établi d'après le nombre des membres adhérents.

Les résumés des communications qui n'ont pas été adressées à l'avance (avant le 15 juillet) au Secrétaire général, doivent lui être remis avant la fin de la séance où ont lieu ces communications.

Le texte *in extenso* des communications doit être adressé par les auteurs au Secrétaire général au plus tard deux mois et demi après la session. Passé ce délai, les auteurs s'exposent à ce qu'il ne soit publié dans le volume des comptes rendus qu'un résumé de leurs communications.

Les communications *in extenso* ne doivent pas dépasser six pages d'impression.

Les figures ou planches sont aux frais des auteurs.

Les communications dont ni un résumé, ni le texte *in extenso* n'auront été remis par l'auteur au Secrétaire général, à la date prescrite, ne seront pas publiées dans le volume des comptes rendus.

Toutefois, dans ce cas, le Secrétaire général peut, s'il le juge utile, publier dans le volume des comptes rendus un résumé recueilli par lui-même ou les Secrétaires des séances.

Les dispositions précédentes sont également applicables aux

discussions soulevées par les rapports ou les communications diverses.

Dans la publication des travaux du Congrès, le Secrétaire général peut être appelé à demander aux auteurs certaines modifications ou suppressions dans le texte de leurs communications ou discussions.

En cas de difficulté, le Secrétaire général avise le Secrétaire permanent qui provoque, s'il y a lieu, une décision du Comité permanent.

SÉANCE D'OUVERTURE

La session s'est ouverte le vendredi 1er août à 9 heures 1/2 du matin à l'Hôtel de Ville du Puy.

La séance d'ouverture était présidée par M. A. Cellerier, adjoint au maire. Sur l'estrade se trouvaient groupés M Granier, Inspecteur général, délégué du Ministère de l'Intérieur; M. R. Beurdeley, préfet de la Haute-Loire ; M. J. Boutaud, député ; le docteur Arnaud, président du Congrès ; le médecin-major de 1re classe Haury, délégué du Ministère de la Guerre ; le médecin de la Marine Hesnard, délégué du Ministère de la Marine ; le docteur T. Bonhomme, médecin en chef de l'Asile du Puy ; les membres du bureau du Congrès.

Très aimablement, M. l'adjoint au maire souhaite la bienvenue aux congressistes ; il les remercie d'avoir choisi la ville du Puy pour tenir leur réunion de 1913, et il fait des vœux que la beauté du décor et la clémence du temps se chargeront de réaliser.

M l'inspecteur général *Granier* dit ensuite tout l'intérêt que M. le ministre de l'Intérieur prend à nos réunions annuelles et il montre qu'elles ont toujours d'heureuses conséquences : il veut bien rapporter aux travaux et aux discussions du Congrès de Tunis la naissance très prochaine de l'assistance des aliénés aux colonies. Ces questions d'assistance constituent toujours une des préoccupations principales de l'administration supérieure ; à cet égard, il annonce comme devant recevoir une solution prochaine une question fort ancienne et que « les criailleries de quelques vagues syndicats » n'empêcheront pas d'aboutir : l'emploi du personnel féminin dans quelques divisions des malades hommes. A l'heure actuelle, d'ailleurs, cette utilisation n'aurait rien d'illégal, mais elle est un peu contrariée par un texte réglementaire à qui l'usage a donné la force d'une loi. C'est là une des raisons qui ont conduit l'administration à faire entreprendre par le Conseil supérieur de l'assistance publique une revision

générale du règlement type de 1857. Cette revision est naturellement indépendante de celle de la loi de 1838 ; elle est dans tous les cas plus urgente, car la loi de 1838 vaut mieux que sa réputation; on aura beau faire, on ne pourra jamais que s'inspirer d'elle, et le mot de Paul Garnier sera toujours vrai : « *La loi de 1838 n'est pas une loi à refaire, c'est une loi à compléter* ». Enfin, M. Granier fait un éloge mérité de M. le président Arnaud, dont il se plaît à célébrer le dévouement et la très haute valeur scientifique, qu'une modestie, peut-être excessive, n'arrive pas à voiler.

M. le médecin-major de 1re classe *Haury* nous salue au nom de M. le ministre de la Guerre ; il complète les indications de M. Granier sur les résultats de nos Congrès, en leur rapportant la charte que la psychiatrie militaire a reçue le 5 avril 1913; et il nous adresse des remerciements dont on doit d'ailleurs lui retourner la plus grosse part en raison du bon combat qu'il mène depuis de nombreuses années pour faire admettre la psychologie morbide au nombre des préoccupations du service de santé militaire.

A son tour, M. le médecin de la marine *Hesnard*, chef du service de neuro-psychiatrie et d'électrothérapie à l'hôpital maritime de Rochefort, parle au nom de M. le ministre de la Marine et du service de santé qui a si rapidement et si heureusement créé une organisation psychiatrique dans l'armée de mer.

Enfin, M. le président *Arnaud*, après avoir apporté les excuses de M. Mabille, président du Congrès de Tunis, empêché par la maladie; de M. Grall, médecin-inspecteur général du service de santé des troupes coloniales; de M. Simonin, professeur de médecine légale au Val-de-Grâce, et remercié la ville du Puy et le département de la Haute-Loire des subventions qu'ils ont bien voulu accorder au Congrès, prononce le discours d'usage, dont les éléments lui sont fournis par l'*Anarchie en psychiatrie*.

*
* *

Discours de M. Arnaud, Président du Congrès.

Un aliéniste très distingué, Achille Foville, mort avant d'avoir donné toute sa mesure, écrivait, en 1872, à propos de la *folie instinctive*, qu'« il n'y a pas, à coup sûr, en pathologie mentale, de question dans l'étude de laquelle on ait à lutter davantage contre la confusion des mots et souvent aussi contre celle des idées ».

Le mal est-il moindre, aujourd'hui, qu'il n'était il y a quarante ans? On a beaucoup travaillé, beaucoup discuté, depuis cette époque déjà lointaine. Nous avons eu, notamment, les longs et retentissants débats sur le *délire chronique* et la *folie des dégénérés*. Des mots nouveaux se sont ajoutés ou substitués aux mots anciens, les problèmes se sont multipliés, mais il ne semble pas que la confusion ait disparu.

Ces débats s'apaisaient à peine que nous arrivaient d'Allemagne et d'Italie, à une allure impétueuse et conquérante, d'autres mots et d'autres idées, constituant un corps de doctrine qui a comme promoteurs et représentants principaux Kræpelin et son école, et dont l'extension a été extrêmement rapide.

Je voudrais aujourd'hui examiner devant vous ces nouvelles doctrines, pour arriver à savoir si elles ont réussi, mieux que les précédentes, à s'affranchir de la confusion des mots et de celle des idées Je n'ai pas l'intention de discuter le bien ou le mal fondé de ces théories. Mon but est beaucoup plus modeste. Il consiste simplement à saisir, si possible, ce que l'on peut appeler leur physionomie générale, à déterminer l'étendue de leur domaine, à reconnaitre leurs frontières ; à essayer enfin de nous en former une image distincte et une idée claire. C'est de ce point de vue, et en me guidant à peu près uniquement sur les travaux des auteurs de ces théories, que j'étudierai la paranoïa, la démence précoce et la folie maniaque dépressive.

La paranoïa. — Par le terme de *paranoïa*, les auteurs allemands et italiens ont primitivement désigné l'ensemble des délires systématisés et, de préférence, les délires systématisés hallucinatoires.

Certaines formes, admises par les uns, étaient rejetées par les autres. Mais, pour Krafft-Ebing et pour Mendel, comme pour Morselli et Tamburini, tous les délires systématisés, primitifs ou secondaires, aigus ou chroniques, hallucinatoires ou non hallucinatoires, avec ou sans démence consécutive, se rangeaient sous cette commune rubrique. On y ajoutait même les idées et les états obsédants, qui constituaient la paranoïa *abortive* ou *rudimentaire*.

Kræpelin, dans cette période, employait, avec Sander et Westphal, le mot *verrucktheit* de préférence à celui de *paranoïa* pour désigner les délires systématisés. C'est seulement plus tard qu'il a adopté le terme paranoïa, mais en restreignant sa signification aux seules formes raisonnantes, non hallucinatoires, et sans tendance à un état démentiel. Les grands délires systémati-

sés hallucinatoires à évolution chronique et progressive, de Lasègue-Falret et de Magnan sont dès lors exclus de la paranoïa « légitime » et rattachés, sous le nom de *démence paranoïde*, à la démence précoce. La paranoïa abortive disparaît également.

Voilà une première et importante modification dans l'emploi du mot paranoïa et dans la conception des formes mentales que désignait ce mot. C'est aussi une première et importante cause de confusion, de nombreux auteurs, le plus grand nombre, peut-être, en Allemagne comme en Italie, continuant à s'en tenir à la signification première. Mais ce n'est pas tout, et la délimitation nosologique de la paranoïa va devenir de plus en plus incertaine.

Tandis que quelques auteurs maintiennent toujours ses limites anciennes, d'autres continuent à rétrécir son domaine, et ne lui attribuent plus qu'une partie des délires raisonnants, les deux seuls délires d'interprétation et de revendication. Par une dernière et, cette fois, définitive réduction, on en vient à supprimer purement et simplement la paranoïa. Specht fait rentrer, comme Kræpelin, la forme hallucinatoire dans la démence précoce, mais il réduit la forme raisonnante à la folie maniaque dépressive. Soukhanof rattache aussi la paranoïa hallucinatoire à la démence précoce ; il englobe la paranoïa aiguë dans la psychose maniaque dépressive, et il déclare que la forme raisonnante ne mérite pas le nom de paranoïa. « De la soi-disant paranoïa ancienne, il ne reste, dit-il, aucun complexus symptomatique pouvant être actuellement considéré comme une maladie autonome ». Quant à Bleuler, sans être aussi catégorique, il place le délire de revendication dans sa schizophrénie (c'est le nom qu'il donne à la démence précoce), et il considère la paranoïa de Kræpelin, dans son ensemble, comme une schizophrénie chronique atténuée. Pour ces derniers auteurs, on le voit, c'est la conception même du délire primitif qui disparaît.

Nous retrouverons plus loin, à propos des états dits paranoïdes le même flottement et les mêmes variations. Recherchons maintenant si la démence précoce se trouve, à cet égard, mieux partagée.

La démence précoce. — Depuis Morel, Delasiauve et J. Falret, on appelait en France déments précoces des malades jeunes et chez qui la démence avait rapidement suivi le début des troubles mentaux. Incurable par définition, cette démence était doublement précoce : par l'âge des malades et par l'âge de la maladie.

Maintenant, les déments précoces, tels que nous les présentent les très nombreux travaux inspirés plus ou moins fidèlement des

idées de Kræpelin, peuvent être cela, mais ils peuvent aussi être tout autre chose. Ils peuvent être adultes ou même arrivés à la vieillesse — puisqu'il existe, nous dit-on, une *démence précoce tardive* survenant après cinquante, soixante et soixante-dix ans ; — l'affaiblissement des facultés peut être ou très léger ou très profond, rapide ou très lent, puisqu'il ne survient souvent qu'après vingt, trente ou quarante années de délire. La maladie peut s'arrêter à un stade quelconque, régresser jusqu'à un état de quasi-guérison, ou aboutir à l'incurabilité. En définitive, sont étiquetées démence précoce en même temps que des états méritant réellement cette dénomination, des affections sans démence et sans précocité aucunes. Il y a là un abus de langage qu'il est vraiment surprenant de voir accepter en France, pays traditionnel du clair parler. C'est, j'imagine, pour être compris que nous parlons, et le meilleur moyen d'être compris ne consiste peut-être pas à aller chercher à Heidelberg, à Munich ou ailleurs la traduction ou l'explication de notre langage. Si nous acceptons ici le sens nouveau imposé par des étrangers à nos mots français, où s'arrêter ? Lorsque *précoce* sera devenu synonyme de *tardif*, en vertu de quel principe opposerons-nous, par exemple, raisonnable à déraisonnable ? Qu'on ne nous réponde pas, comme on l'a fait souvent, que c'est là une simple querelle de mots. Les mots ont sur la pensée même une très grande influence, et c'est une question de savoir si l'on peut penser sans mots. On a pu dire que la science n'est qu'une langue bien faite, L'impropriété des termes, à plus forte raison leur confusion, est toujours le signe d'une pensée imprécise, d'une idée obscure. « Ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement », et l'histoire de la démence précoce va nous démontrer, une fois de plus, que la réciproque est également vraie. Tout le long de cette histoire, l'incertitude, le flottement, les contradictions même de la pensée ne sont que trop manifestement en rapport avec le caractère hétéroclite de l'expression. Les symptômes de la maladie, ses limites, son évolution, tout est incertain et variable, non pas seulement d'un auteur à l'autre, mais souvent encore, à quelques années d'intervalle, chez un même auteur.

Parmi les symptômes, étaient, dès l'origine, considérés comme essentiels, les phénomènes catatoniques, la discordance entre l'état intellectuel et l'état affectif, enfin l'affaiblissement général, bien qu'inégal, des facultés. Or, Kræpelin déclare maintenant que la trop grande importance attachée aux symptômes catatoniques a été la cause de nombreuses erreurs de diagnostic. Il a

également modifié ses opinions sur d'autres symptômes, puisqu'il exclut de la démence précoce une grande partie des états paranoïdes, qu'il y englobait autrefois. Bleuler qui, dans l'ensemble, est un adepte des idées de Kræpelin, substitue cependant le terme schizophrénie à l'expression démence précoce, sans doute pour échapper aux objections indiquées ci-dessus. Il donne comme caractère essentiel de la schizophrénie la *dislocation intra-psychique* (traduction par Trénel du mot allemand *spaltung*). Mais, Urstein de Varsovie, préfère, contrairement à Kræpelin, le mot catatonie à celui de démence précoce, parce que, dit-il, « il y a des malades qui, après des dizaines d'années de durée de leur maladie, ne laissent voir aucun affaiblissement de l'affectivité ni de l'intelligence » ; et il rejette la schizophrénie de Bleuler, pour la raison que la dislocation (spaltung) peut ne pas exister dans les cas très démentiels.

Et même, si j'en crois Régis et Hesnard, dans leur remarquable étude de la doctrine de Freud, parue dans l'Encéphale du 10 mai dernier, l'affaiblissement démentiel chez le dément précoce ne serait qu'une trompeuse apparence. Grâce à la psychoanalyse, Yung et Bleuler auraient établi que « chez ces malades étranges qui paraissent n'avoir aucune vie mentale, aucune personnalité, aucun désir, aucun but de pensée..., il y a peut-être une activité intense dissimulée sous des apparences démentielles... On peut en conclure que le délire de la démence précoce est un désintéressement de la vie réelle, une concentration spéciale de l'esprit sur une vie intérieure imaginative et non un abêtissement de l'intelligence. En résumé, le schizophrène (ou dément précoce) est un rêveur qui paraît éveillé. » En conséquence, nous devrions, pour de tels malades, modifier la définition qu'a donnée Esquirol du dément et dire qu'ils sont non plus des riches devenus pauvres, mais bien des avares qui cachent jalousement leur trésor.

De ce flottement sur l'appréciation des symptômes, même les plus importants, devait fatalement résulter une très grande incertitude dans le diagnostic. La preuve nous en est fournie par Kræpelin lui-même et par ses élèves. Au mois de juin 1909, Zendig communique à la Société des psychiatres bavarois un travail de la clinique de Kræpelin contribuant au diagnostic différentiel entre la maniaque-dépressive et la démence précoce (Anal. par Séglas et par Kéraval, Encéph. 2e semest 1909, p. 557, et 1er semest. 1910, p. 181), d'après lequel, sur quatre cent soixante-huit cas de démence précoce entrés à la clinique de Munich, de 1904 à

1906, 29,8 sur cent ont pu être retrouvés et examinés ; il est ressorti de cet examen « *qu'aucun d'eux n'a pu conserver le diagnostic de démence précoce.* Il s'agit d'erreurs de diagnostic, venant surtout de la fausse interprétation des phénomènes dits catatoniques La plupart de ces cas appartiennent à la folie maniaque-dépressive. » Et, au cours de la discussion, Kræpelin déclare, comme Zendig, qu'il y a là toute une catégorie de cas qu'on ne qualifierait plus aujourd'hui démence précoce, *qu'il y a eu une quantité considérable d'erreurs de diagnostic.*

Dans la huitième édition de son traité, la plus récente, Kræpelin donne, à propos du diagnostic de la démence précoce, un très important document que nous ont fait connaître Séglas et Colin, à qui j'en emprunte le résumé (Société de psychiatrie, 18 novembre 1909). Ce document est « un graphique de la fréquence comparative des principales formes morbides observées par l'auteur à sa clinique de Heidelberg, de 1892 à 1907. Nous y voyons la courbe de la démence précoce monter extrêmement vite, de 5 p. 100 en 1892 à 51 p. 100 en 1901 (plus de la moitié des cas observés), pour redescendre non moins vite, en 1907, à 18 p. 100. Cela fait donc, en six ans, un déchet de 33 sur 51, soit 65 p. 100 des cas de démence précoce. » Par un parallélisme inverse, la maniaque-dépressive, descendue de 20 à 10 p. 100 en deux ans, de 1896 à 1898, remonte brusquement à 20 p. 100 en 1907. « Cette progression de la démence précoce, dit Kræpelin, s'explique parce que.... en particulier, beaucoup de cas de folie maniaque-dépressive avec symptômes catatoniques ont été à tort considérés comme des cas de démence précoce. Cela se voit nettement dans la chute de la courbe de la maniaque-dépressive contrastant avec la forte ascension de celle de la démence précoce.. Ces erreurs furent peu à peu reconnues et de plus en plus éliminées... Mais, encore aujourd'hui, la difficulté ne doit pas être regardée comme tranchée. »

Ce n'est pas seulement la psychose maniaque-dépressive qui est en cause dans ces erreurs, si nombreuses, de diagnostic. L'examen du graphique de Kræpelin nous montre qu'il en est de même avec la paralysie générale, et ceci est plus grave. La courbe de cette dernière s'oppose, plus encore que celle de la maniaque-dépressive, à la courbe de la démence précoce. Plus élevée que celle de la démence précoce, en 1897 (30 p. 100 et plus, contre 28 p. 100 environ), la courbe de la paralysie générale tombe rapidement en 1901, à 10 p. 100, tandis que celle de la démence précoce monte parallèlement jusqu'à 51 p. 100.

Les réflexions de Kræpelin sur les variations inverses des courbes de la démence précoce et de la maniaque-dépressive s'appliquent *à fortiori* aux variations concomitantes et encore plus grandes de la courbe de la paralysie générale ; elles aussi ne peuvent être attribuées qu'à des erreurs de diagnostic, inexplicables, cette fois, par des considérations théoriques.

Il faut s'incliner, devant la haute probité scientifique de Kræpelin, dont l'œuvre représente un admirable effort dans la recherche de la vérité. Il expose, avec une sincérité digne de tout notre respect, les résultats, fussent-ils contradictoires, de son labeur constant. Mais, si l'homme s'impose à notre estime, sa doctrine ne peut s'imposer à notre esprit. Sujette à de telles incertitudes, comportant de telles erreurs de diagnostic, surtout avec une maladie aussi nettement précisée que la paralysie générale, elle ne doit être accueillie qu'avec une prudente réserve.

Venons maintenant aux limites, aux frontières de la démence précoce. Elles ont été démesurément étendues par Kræpelin lui-même, et, plus encore, par ses disciples directs ou indirects.

« La démence précoce, dit Trénel, dans son excellente analyse du livre de Bleuler, est devenue d'une complexité extrême. Elle a fini par acquérir une extension excessive, au point qu'un trouble complet existe, semble-t-il, dans l'idée que certains aliénistes s'en font, à l'heure actuelle, surtout en Allemagne. »

Kræpelin y faisait rentrer, avec l'hébéphrénie et la catatonie, toutes les démences vésaniques, la plupart des folies morales, tous les délires systématisés hallucinatoires, de nombreux cas de manie et de mélancolie. Bleuler va beaucoup plus loin, et il rattache à sa schizophrénie (nous avons vu que c'est le nom qu'il donne à la démence précoce) la presque totalité des délires systématisés, la paranoïa de Kræpelin elle-même n'étant guère pour lui qu'une schizophrénie chronique atténuée ; l'ensemble des psychoses alcooliques, de nombreux cas de manie et de mélancolie, y compris le syndrome de Cotard, les hypocondries, la névrose d'attente, la folie hystérique, un grand nombre d'états obsédants et impulsifs, la plupart des psychoses juvéniles, toutes les démences secondaires, l'amentia de Meynert. Il accepte les quatre formes primitivement admises par Kræpelin, et, dans la forme simple, il réunit tout ce qu'on a mis « sous la bannière de la psychopathie, de la dégénérescence, de la folie morale, de l'alcoolisme et *peut-être aussi et c'est le plus grand nombre, de la santé* ». Ceci, peut-être, n'est qu'une boutade, dit Trénel. Soit !

Mais on ne sera plus étonné, après cela, d'apprendre que la schizophrénie est « l'affection mentale la plus fréquente ».

Je citerai encore Urstein, de Varsovie, dont l'ouvrage, nous dit Trénel, « véritable monument sur la question de la démence précoce, est un travail de bénédictin, d'une valeur exceptionnelle ». Urstein range, dans la démence précoce, qu'il appelle catatonie, à peu près les mêmes formes que Bleuler, mais il étend encore plus son domaine, ce qui semblait difficile, en y ajoutant la plus grande partie du vaste groupe des folies maniaques dépressives, qui, d'après lui, tend à disparaître, « comme la paranoïa et l'amentia ».

Tandis que les auteurs que nous venons de citer semblent tendre à confondre dans la démence précoce toutes les formes mentales, Kræpelin, modifiant ses premières opinions, manifeste une tendance contraire. Nous avons vu qu'il en avait éliminé, pour les attribuer à la maniaque-dépressive, de nombreux cas de catatonie. Plus récemment encore, il en exclut, sous le nom de *paraphrénies*, une partie des états paranoïdes, qui comprenaient antérieurement tous les délires systématisés hallucinatoires. Kræpelin distingue maintenant (8e et toute récente édition de son Traité) *deux* états paranoïdes : l'un, comme précédemment, n'est qu'une forme fruste de démence précoce. L'autre, entièrement nouveau, constitue le groupe des paraphrénies et comprend quatre formes différentes : systématisée, expansive, fabulatrice et fantasque ou fantastique. Ce nouveau groupe est né, déclare Kræpelin lui-même, de la nécessité de rétrécir le domaine de la démence précoce. Au lieu d'être inclus dans la démence précoce, il lui est simplement juxtaposé. Il se distingue des états paranoïdes précédents par une désagrégation psychique moins profonde et par sa terminaison qui serait une sorte d'affaiblissement sans démence véritable.

Le groupe des paraphrénies est, d'ailleurs, comme tous ceux qui l'ont précédé, essentiellement provisoire, c'est un simple essai, dont l'avenir seul, dit son auteur, nous apprendra « s'il mérite réellement une place à part ou s'il est composé de cas disparates ».

En attendant le verdict de l'avenir, je ne puis m'empêcher de faire observer que la forme systématique de la paraphrénie n'est pas autre chose que nos délires systématisés chroniques hallucinatoires, type Lasègue-Falret et type Magnan. Leur exclusion par Kræpelin de cette démence précoce où il les avait d'abord incorporés, donne satisfaction à ceux que cette confusion avait si

profondément surpris et qui, au nom de la saine clinique, n'avaient cessé de protester contre elle.

Enfin, autant que son diagnostic, autant que sa délimitation, l'évolution de la démence précoce et sa terminaison, c'est-à-dire la notion même sur quoi a été fondé tout l'édifice, demeure incertaine et variable. C'est toujours Kræpelin et ses disciples qui vont nous le démontrer. L'école de Heidelberg professait que la démence précoce était susceptible de guérison, au moins en ce sens que l'ancien dément précoce pouvait reprendre sa place dans la société et donner l'illusion d'un retour à l'état normal. C'est même là une des affirmations qui avaient soulevé les plus vives objections. Or, Zendig, dans sa communication citée tout à l'heure, proclame « *que le pronostic de la démence précoce est complètement grave*, et que, parmi les quatre cent soixante-huit cas examinés, aucun ne peut être considéré comme une démence précoce guérie, ni même comme une démence précoce pouvant faire socialement illusion ». Et Kræpelin ajoute : « Quand on suit les malades, on s'aperçoit que le pronostic de démence précoce *est bien plus défavorable qu'on ne l'avait cru en tablant sur une quantité considérable d'erreurs de diagnostic.* » Bleuler s'éloigne moins de la doctrine primitive. Il dit bien que la maladie ne revient *jamais ad integrum*, mais il admet qu'elle peut s'arrêter à tout stade et même régresser, régresser à ce point que d'anciens déments précoces sont devenus « hommes d'affaires, poète, président de Sénat, professeur d Université, etc. On accordera que ces derniers schizophrènes ont tout au moins bénéficié d'une guérison pratique.

La psychose maniaque-dépressive. — Sous la rubrique psychose maniaque-dépressive, Kræpelin désigne l'ensemble de nos psychoses intermittentes, périodiques, à double forme, dans lesquelles il fait rentrer tout ce qui constituait la manie et la mélancolie essentielles. Je ne rouvre pas la discussion sur cette suppression des manies et mélancolies simples, non plus que sur l'assimilation fondamentale, affirmée par Kræpelin, au nom de la psychologie et de la clinique (états mixtes), des états maniaques et mélancoliques. Je me borne toujours à rechercher si le type nosologique ainsi formé présente une homogénéité suffisante et des contours assez précis pour qu'on le distingue pratiquement des groupes voisins.

Dès l'origine, nous constatons des hésitations et des variations. Kræpelin avait d'abord exclu de la maniaque-dépressive un groupe important, celui des mélancolies qui apparaissent vers la cinquan-

taine, et il le rattachait à l'involution présénile. Accepté par les uns, ce point de vue a été contesté par d'autres. Kölpin, Forster, à l'étranger; Masselon, en France, sont parmi les opposants. Un élève de Kræpelin, Dreyfus, a écrit tout un livre pour démontrer que la mélancolie d'involution appartenait bien légitimement à la psychose maniaque dépressive. Et Dreyfus a converti son maître. Seulement, l'adhésion de Kræpelin ne va pas sans réserves. En effet, dans la huitième édition de son Traité, au chapitre des maladies préséniles, après avoir souscrit aux idées de Dreyfus, il ajoute : « Mais je crois qu'il y a une forme de maladies dépressives... que je dois encore aujourd'hui séparer de la folie maniaque-dépressive, bien que sa signification comme sa délimitation ne soit pas possible actuellement d'une façon suffisante. » — Nous retrouvons ici exactement la même incertitude que sur la question des états paranoïdes.

Mais tout se complique bien davantage, à propos des rapports de la maniaque-dépressive avec la paranoïa et avec la démence précoce. Kræpelin et Bleuler admettent des combinaisons entre la psychose maniaque-dépressive et la paranoïa, de véritables cas mixtes entre ces deux formes, analogues aux cas mixtes maniaco-mélancoliques. Cette opinion a rencontré, en France, de nombreuses adhésions. Il me suffira de rappeler les travaux d'Anglade et de ses élèves Dubourdieu et Soum, ceux de Masselon, de Bessières, etc. Mais, tandis que les uns, avec Mendel, Kausch, Meschede, Ziehen, considèrent ces faits comme des formes périodiques de la paranoïa, les autres y voient, au contraire, des délires paranoïaques symptomatiques de la psychose périodique. Specht, ainsi que je l'ai déjà signalé, est plus radical, et il annexe au domaine de la psychose maniaque-dépressive la paranoïa de Kræpelin tout entière.

On a décrit pareillement des combinaisons et des associations de démence précoce et de folie maniaque-dépressive : formes intermittentes de démence précoce de Rush-Dunton et de Bleuler, cas combinés de schizophrénie et de maniaque dépressive de Bleuler. D'un point de vue inverse, Urstein déclare que « l'incorporation à la psychose maniaque-dépressive des états mixtes (ces états mixtes qui sont, pour Kræpelin, le point central de sa conception de la maniaque-dépressive) n'est pas un progrès ». Finalement, il fait rentrer dans la catatonie ou démence précoce la maniaque dépressive à peu près tout entière, et il annonce sa disparition prochaine.

Nous voici parvenus au terme de cette étude. Nous avons sur-

tout constaté des faits. Nous avons exposé, en quelque sorte objectivement, les opinions des auteurs, et nous demeurons très perplexes sur la valeur des vastes synthèses qu'on a voulu édifier. Les trois groupes chevauchent les uns sur les autres et se pénètrent sur tant de points qu'on ne distingue plus leurs limites respectives. La paranoïa et la démence précoce se rejoignent par les états paranoïdes et par le nouveau groupe des paraphrénies, sur la signification desquels l'accord n'est pas fait. Entre la folie maniaque-dépressive, d'une part, la paranoïa et la démence précoce, d'autre part, c'est la confusion complète : les combinaisons, les associations, les formes de passage sont en si grand nombre que la question se pose véritablement de savoir si les cas reconnus authentiques et purs ne seraient pas l'exception. La difficulté est telle que, pour la supprimer, certains auteurs suppriment purement et simplement, soit, comme Specht, la paranoïa, au bénéfice de la maniaque-dépressive, soit, comme Urstein, la maniaque-dépressive, au profit de la catatonie ou démence précoce. « Devine si tu peux, et choisis si tu l'oses ! »

D'autre part, la démence précoce et la psychose maniaque-dépressive ont subi une telle hypertrophie qu'il n'est pas une affection mentale qui ne puisse venir se fondre dans l'une comme dans l'autre : dans la démence précoce, grâce à ses formes frustes, atténuées, atypiques ; dans la maniaque-dépressive, par l'intermédiaire de la *cyclothymie*, qui en est la base constitutionnelle. Plus encore que la schizophrénie de Bleuler, la maniaque-dépressive absorberait ce que l'on a si improprement rangé sous la rubrique santé ! Que l'on s'étonne maintenant que Urstein, cité par Trénel, déclare irrévérencieusement « blets (ou pourris, *morsch*) les fondements actuels de la psychiatrie » !

Pratiquement, ces théories ne nous permettraient pas, le plus souvent, en présence d'un malade, de faire un diagnostic et d'établir un pronostic. Nous en avons la preuve dans les confusions si fréquentes, reconnues par Zendig et par Kræpelin, entre la démence précoce, la maniaque-dépressive et la paralysie générale. Dans ce dernier cas il ne s'agit plus d'appréciations théoriques discutables, de tâtonnements inhérents à la constitution de groupes nosologiques nouveaux : c'est l'erreur de diagnostic véritable, purement clinique. Et voilà la pierre de touche de toute doctrine médicale. Si elle permet de reconnaître, de classer facilement une maladie, de prévoir l'avenir du malade, elle est bonne. Si, au contraire, elle nous entraîne à de fréquentes erreurs pratiques, elle est mauvaise. Loin de dissiper les confusions, les

doctrines que nous venons d'examiner aboutissent véritablement à l'anarchie et au chaos. Elles nous sont d'ailleurs présentées comme une suite d'essais essentiellement provisoires et sujets à revision. La doctrine d'aujourd'hui, qui n'est déjà plus celle d'hier, ne sera certainement pas celle de demain.

Pour toutes ces raisons, pouvons-nous sacrifier à ces théories nos solides acquisitions cliniques? Attendons au moins qu'elles soient fixées dans l'esprit de leurs auteurs.

Et cependant, conclure ainsi et s'arrêter à ce point de vue tout négatif serait souverainement injuste. Il y a tout de même autre chose dans les théories des écoles d'Heidelberg et de Munich. L'amour excessif de la nouveauté, un certain snobisme favorable à tout ce qui menace les acquisitions traditionnelles ne suffisent pas à expliquer l'intérêt soulevé par ces théories en Europe et hors d'Europe. C'est qu'elles représentent incontestablement un puissant effort dans l'étude de ces problèmes si difficiles, dont les solutions semblent se dérober, tandis que se multiplient les recherches. Acceptées ou combattues, ces théories, par leur outrance même, ont excité les esprits, elles ont suscité d'innombrables travaux, elles ont secoué les nonchalances et bousculé les routines où nous nous attardions un peu trop; elles nous ont contraint à réfléchir, à regarder de plus près ces malades trop facilement étiquetés chroniques, déments, dégénérés, maniaques ou mélancoliques, sans autre précision. Elles ont renouvelé et transposé les éléments de nombreux problèmes de telle manière qu'il sera désormais impossible de les considérer sous le même angle qu'autrefois. Par là, elles marqueront une étape dans l'histoire de la médecine mentale, et, si leurs résultats n'ont pas l'importance que certains leur attribuent, elles laisseront néanmoins une trace durable.

Il convient donc de les accueillir avec sympathie et, tout ensemble, avec prudence, de se garder des emballements comme des dénigrements systématiques, d'en retenir un exemple de labeur continu, prolongé, toujours respectueux de la vérité. Et, plus fortement attachés que jamais à l'exacte observation clinique, indestructible tradition de notre médecine mentale, nous pouvons garder la ferme espérance que notre esprit français, tout de précision et de clarté, saura dissiper enfin les confusions dans lesquelles nous nous débattons depuis si longtemps.

Puis M. le docteur Arnaud déclare ouverte la XXIIIe session du

Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française.

Il est ensuite procédé à la nomination des Présidents d'honneur. Sont nommés par acclamation : M. R. Beurdeley, Préfet de la Haute-Loire ; M. G Gibelin, maire du Puy ; M. le docteur T. Bonhomme, médecin en chef de l'Asile du Puy.

PREMIÈRE PARTIE

DISCUSSION DES RAPPORTS

PREMIÈRE QUESTION

LES TROUBLES DU MOUVEMENT

DANS LA DÉMENCE PRÉCOCE

Rapporteur : Docteur LAGRIFFE, d'Auxerre.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Les troubles du mouvement dans la démence précoce sont connus de tous; certains ont fait l'objet d'études très approfondies et il ne semble pas utile de s'appesantir longuement sur chacun d'eux. Aussi bien, en mettant cette question à l'ordre du jour, l'intention du Congrès n'était-elle que de provoquer une étude générale, dégagée de toute préoccupation particulière. Seule, en effet, une vue d'ensemble est susceptible de montrer si se justifie la valeur qui a été attribuée à ces troubles et si ces derniers peuvent servir à caractériser cliniquement, fonctionnellement ou anatomiquement un syndrome qui, en France, n'est pas encore de consentement universel.

En tout état de cause, d'ailleurs, et quel que soit le sentiment de chacun à l'endroit de la démence précoce, ces troubles du mouvement ont une importance indéniable en raison de leur fréquence et de l'allure particulière qu'ils impriment non seulement à la maladie, mais encore aux malades. Ils s'observent, en effet, à toutes les périodes de la démence précoce; ce sont eux qui frappèrent surtout les premiers auteurs qui, comme Morel, en parlèrent, et à qui n'échappèrent ni cette suggestibilité, ni cette stéréotypie des attitudes et des gestes, ni cette catatonie, ni ces grimaces et ces tics bizarres, ni, enfin, ce nihilisme qui, aujourd'hui encore, sont considérés comme caractéristiques de la démence précoce.

Cependant, lorsqu'on cherche à faire une synthèse de ces différents troubles, on reste frappé de l'antinomie profonde qui existe entre eux et du peu de rapports qu'ils semblent avoir avec

une maladie qui, de prime abord, paraît présenter les caractères d'un simple trouble psychologique. Il semble, en effet, que ce qui caractérise surtout la démence précoce, c'est l'anéantissement de toute manifestation *spontanée* de l'activité mentale. Lorsqu'on interroge un dément précoce, un de ces malades figés, sans expression mimique, sans réactions, sans désirs et sans besoins qui, à première vue, ne se distinguent en rien des idiots les plus profonds, on est tout étonné de voir que, malgré ces apparences, leur cerveau, qui paraît complètement éteint, jouit encore cependant de tous les éléments nécessaires à un fonctionnement sinon parfait, du moins suffisant. Toutes les images antérieurement fixées dans la mémoire demeurent, toutes ou la plupart, des acquisitions anciennes, dont certaines ont une ténuité et sont d'une complexité remarquable, sont conservées ; mais il faut pour que les images soient évoquées, une excitation extérieure au malade, une excitation très forte, sans que, pourtant, cette évocation soit susceptible de déclancher les associations qui, chez les sujets normaux, en découleraient nécessairement. D'autre part toute acquisition nouvelle un peu compliquée devient impossible et en même temps on observe des altérations motrices qui contrastent étrangement avec cette persistance des possibilités intellectuelles élémentaires. La démence précoce apparaît donc, dès les premiers instants, comme un véritable paradoxe pathologique.

Or, nos conceptions actuelles ne nous permettent plus que difficilement d'admettre qu'une affection mentale puisse être uniquement caractérisée par un trouble psychologique — cette difficulté est d'ailleurs une séquelle de ces vieilles préoccupations métaphysiques dont les moins spiritualistes d'entre nous n'arrivent jamais à se défaire — de telle sorte que nous avons été conduits à faire abstraction de tout ce qui dans ce paradoxe était gênant et à décrire, à côté d'une affection qui semblait être exclusive de toute correspondance anatomique, une maladie à signes physiques plus ou moins définis, comme si l'état mental n'était que surajouté.

Cette méthode est d'autant plus tentante que les troubles physiques et, particulièrement, les troubles du mouvement apparaissent ordinairement dès les premiers stades de la démence précoce.

En effet, dès le début à une époque qui précède souvent de beaucoup le moment où l'entourage commence à avoir une notion très vague de la possibilité d'une affection mentale, on voit apparaître d'une manière plus ou moins nette certains de ces troubles

moteurs, qui, aujourd'hui à peine ébauchés, se montreront plus tard en pleine lumière; déjà, ces premiers troubles sont eux-mêmes paradoxaux : le négativisme, résistance incompréhensible aux actes les plus simples, contraste avec la docilité extrême que l'on observe à d'autres moments et qui alterne avec lui. De même, l'apathie, la difficulté de tout effort s'associent aux actes extravagants, aux impulsions subites, aux fugues, au vagabondage, aux tics, aux mouvements anormaux inlassablement et indéfiniment répétés. Ce sont là les traits les plus marquants et c'est seulement pour mémoire que nous rappelons la possibilité, dès cette époque, de phénomènes convulsifs, hystériformes ou épileptiformes, avec ou sans ictus, les crises de rires ou de pleurs irraisonnés, sans compter tous les phénomènes moteurs que l'on observe dans la confusion mentale aigüe par quoi débute assez souvent la démence précoce.

Les phénomènes moteurs de la période d'état présentent les mêmes caractères, mais s'ils sont particulièrement marqués dans les formes catatonique et hébéphrénique, ils sont plus rares, moins accentués et presque secondaires dans la forme paranoïde. C'est particulièrement à eux que la forme catatonique doit d'avoir été considérée, à une époque encore récente, comme une maladie autonome en raison de la triade motrice qui, attira vivement l'attention sur elle : négativisme, suggestibilité et stéréotypie. Le négativisme constitue ici une variété, très accentuée, d'un phénomène qui est d'ordre général dans toute la pathologie mentale : l'opposition. Souvent invincible, cette opposition, spontanément ou d'une façon passive, se dresse comme un obstacle devant toutes les sollicitations, externes et internes. A côté de ce négativisme, se combinant souvent à lui, nous retrouvons encore ici la suggestibilité, tantôt active, tantôt passive et facilitée, dans le dernier cas, par la flexibilité cireuse. Enfin, la stéréotypie, qui imprime sa marque non seulement sur les attitudes, mais encore sur les gestes et même sur les actes, revêt aussi, à ce stade, une intensité qu'elle n'avait pas encore à la période prodromique; elle ne se limite d'ailleurs pas aux attitudes, aux gestes et aux actes normaux, elle s'applique aussi à des attitudes, à des gestes et à des actes bizarres, étranges, à des dissociations musculaires inhabituelles.

A côté de ces phénomènes, il convient de signaler le tremblement de la langue et des mains, les vertiges, les accidents convulsifs, hystériformes ou épileptiformes, la tétanie, les crampes, les ictus avec ou sans paralysie consécutive.

Dans la période terminale, dont les limites exactes sont, au surplus, toujours difficiles à préciser, la plupart des phénomènes précédemment énumérés ou bien disparaissent peu à peu, corrélativement à un réveil de l'activité mentale, si la maladie doit s'améliorer ou guérir; ou bien ces phénomènes se fixent, ils se stéréotypent, après une sorte de sélection, lorsque la démence précoce se résout en démence terminale ; alors, de la période d'état persistent et surnagent sur le fonds définitivement démentiel quelques gestes, quelques tics qui constituent les seules manifestations extérieures de la *démence simple*; ou bien, l'activité motrice persiste, incessante, monotone, stéréotypée elle aussi, dépourvue désormais de toute signification, évoluant dans un cercle immuable, comme un véritable tic : c'est la *démence agitée*; enfin, dans la *démence apathique*, le malade n'est plus qu'une image pâlie de ce qu'il était au cours de la période d'état; l'inertie où il semble se complaire ne cesse que pour donner cours, de temps à autre, à des mouvements rares et lents, à des gestes qui rompent périodiquement les attitudes stéréotypées, ces dernières pouvant être modifiées artificiellement par la mise en œuvre de la suggestibilité lorsque toutefois le négativisme n'y met pas obstacle.

Si maintenant nous cherchons à classer ces différents troubles en prenant pour base les données de la physiologie, nous voyons que les uns intéressent la vie de relation consciente, les autres la vie de relation subconsciente ou inconsciente. Parmi les premiers, certains ne sont pas par eux-mêmes, des troubles fonctionnels, mais ils empruntent la fonction motrice pour se traduire à l'extérieur : ce sont les troubles de la mimique émotionnelle (grimaces, pleurs et rires), du langage parlé et du langage écrit (maniérisme, suggestibilité, stéréotypie et négativisme); ce sont les troubles de l'attitude (vertiges, déviations, attitudes imposées et stéréotypées); ce sont enfin les troubles des gestes et de la marche, où l'on retrouve le maniérisme, l'automatisme (excitation, fugues, impulsivité), la suggestibilité, la stéréotypie et le négativisme. A côté de ces troubles, il en est d'autres, au contraire, qui traduisent des altérations de la fonction : ils n'appartiennent en propre ni à la démence précoce, ni à la pathologie mentale, mais à la neuro-pathologie : ce sont les paralysies, les atrophies, les troubles de la contraction musculaire : tremblements, athétose, chorées et spasmes fonctionnels, tics, convulsions, contractures, tétanie, catalepsie.

Enfin les troubles qui intéressent la vie de relation subcons-

ciente ou inconsciente se manifestent surtout au niveau des appareils respiratoire et digestif.

Par conséquent ce qu'il faut retenir, en dernière analyse, de toutes ces modifications du mouvement c'est ce qu'avaient su en retenir les vieux maîtres qui ont fait la gloire de la médecine mentale française : la catatonie, le négativisme, la suggestibilité et la catalepsie, la stéréotypie.

La catatonie a déjà retenu longuement l'attention de notre Congrès, à Bruxelles, en 1903 ; elle est caractérisée par la persistance anormale de la contraction musculaire dans des muscles ou des groupes de muscles qui ont conservé, cependant, toutes leurs possibilités fonctionnelles. De telle sorte que la catatonie n'est pas un symptôme définitif : elle apparaît ou disparait sans causes appréciables et cela non seulement dans la démence précoce, mais encore dans les autres états mentaux où on l'observe ; elle n'est pas spéciale, en effet, à la démence précoce et se retrouve fréquemment, surtout dans les affections à base de stupeur.

On a fait de la catatonie l'expression d'un état d'incoordination psycho-motrice. Il est probable que la catatonie relève de plusieurs causes ; on l'observe dans des conditions où elle est en rapports évidents avec des lésions cérébrales qui ne se retrouvent pas dans la démence précoce ; dans celle-ci, elle est d'ailleurs extrêmement variable comme étendue et comme intensité, elle apparaît et elle disparaît sans causes apparentes et il est donc peu vraisemblable, *à priori*, qu'elle se rattache à des altérations organiques. De ceci les variations de nature de la catatonie sont aussi une preuve indiscutable : à côté de la catatonie flasque, en effet, il existe une catatonie rigide ; c'est le négativisme, au cours duquel la raideur musculaire tend, sous l'influence des excitations, à s'éxagérer, à se transformer en une véritable contracture ou contraction d'effort : il semble qu'en raison de la diminution ou de l'abolition du pouvoir inhibiteur, le ou les muscles répondent logiquement à une excitation mécanique par une contraction ; cette contraction dont la nécessité n'a primitivement pas été contrôlée, tend à persister, pendant un temps plus ou moins long : elle survient sans raison suffisantes et les raisons qui devraient la faire cesser ne suffisent pas elles non plus.

De même que le négativisme est une exagération de la catatonie, de même la stéréotypie des attitudes et la catalepsie sont fonction de la catatonie ; sans elle, en effet la flexibilité cireuse ne permettrait pas d'obtenir une obéissance passive suffisamment

prolongée aux contractions musculaires provoquées pour être caractéristique.

La stéréotypie des gestes est toute différente et ne saurait, comme la stéréotypie des attitudes, être réduite à la catatonie. Faut-il en faire remonter la cause à l'existence du monoidéisme, faut-il, au contraire, ne voir en elle que de l'automatisme ? Ce problème ne paraît guère susceptible d'une solution, tout au moins à l'heure actuelle. Si les explications les plus simples sont les plus vraisemblables, c'est encore pourtant l'automastisme qui répondrait le mieux à la nature des faits; dans un cerveau comme celui du dément précoce, où il paraît évident qu'il existe, à tout le moins, une diminution ou un affaiblissement de l'activité supérieure, il ne semble pas invraisemblable que la répétition successive des mêmes gestes suffise à faciliter le déclanchement moteur dans le sens où l'activité motrice a pris l'habitude de s'exercer. En sorte que la stéréotypie des gestes répondrait à la loi du rythme psycho-biologique qui est de règle dans les organismes rudimentaires et qui, chez les êtres supérieurs, n'apparaît que lorsque les centres supérieurs, en défaut, deviennent incapables d'assurer la coordination psycho-dynamique.

En somme, les grands syndromes moteurs de la démence précoce pourraient, sans doute, se réduire, en définitive, en :

A) *Catatonie* : 1° rigide ; négativisme ; 2° flasque ; suggestibilité et catalepsie.

B) *Stéréotypie des gestes.*

Les phénomènes cliniques tirent leur importance de leurs causes prochaines ; il est donc nécessaire de rechercher à quoi sont dus les troubles du mouvement que l'on observe au cours de la démence précoce : s'ils sont de nature musculaire, s'ils sont dus à des altérations nerveuses périphériques ou centrales.

L'origine musculaire des troubles du mouvement dans la démence précoce ne semble pas pouvoir être soutenue. Si l'on a signalé l'hyperexcitabilité, d'ailleurs toute temporaire, des muscles de la face au début de la démence catatonique, du moins n'a-t-on jamais observé de modifications dans l'excitabilité électrique. L'étude du travail musculaire chez ces malades si elle montre des modifications dans l'allure de la courbe, met en évidence ce fait que le rendement n'est pas inférieur, cependant, à celui des sujets normaux Les déments précoces, en effet, mettent plus longtemps à vaincre l'état d'inertie psycho-motrice, et à atteindre leur maximum de production, mais ce maximum est ensuite soutenu d'une façon anormale et les effets de la fatigue

ne se font sentir que beaucoup plus tard. Les résultats fournis par la méthode ergographique ne viennent pas à l'encontre de ceux que donne l'évaluation du travail naturel : les ergogrammes les plus réguliers sont ceux qui sont donnés par les déments catatoniques, c'est-à dire par les déments présentant les troubles du mouvement les plus nombreux et les plus caractéristiques. Cette régularité des ergogrammes se retrouve aussi chez les déments paranoïdes qui tendent à se rapprocher de la normale. Mais, cependant, dans la forme hébéphrénique comme dans les deux autres formes, à côté de courbes anormales on en rencontre aussi qui s'écartent peu de celles données par les individus sains. On observe une difficulté générale à suivre le rythme : le retard est le plus fréquent. Les plus petites amplitudes sont fournies par les déments catatoniques, dont certains se donnent tout juste la peine de tirer sur le poids ; le travail journalier ne semble pas contribuer à rendre les courbes normales. Ces courbes ont un profil qui est personnel à chaque malade, elles sont particulièrement basses et allongées. Le démarrage est fréquemment difficile surtout chez les paranoïdes et c'est chez les catatoniques que cette difficulté est la plus rare. La présence de plateaux surtout fréquents chez les hébéphréniques montre qu'il existe des crampes chez certains de ces malades. Mais il ne paraît pas s'agir là de crampes d'origine musculaire car elles ne sont pas rapidement suivies de signes de fatigue. Le travail-heure est le plus élevé chez les paranoïdes et le moins élevé chez les catatoniques. En somme les troubles du mouvement dans la démence précoce ne paraissent pas pouvoir être expliqués par des altérations locales et périphériques ; ils ne sont pas « musculairement » significatifs.

L'étude des contractions réflexes donne des résultats qui ne diffèrent pas des précédents. Certes, il existe bien des troubles de la réflectivité chez la plupart des déments précoces, mais ces troubles ont une importance minime : ce sont de simples anomalies, analogues à celles que l'on observe dans le même ordre d'idées, chez les individus tarés. En admettant même qu'elles aient la valeur qu'on a cherché à leur prêter, ces anomalies sont trop variables comme siège, comme intensité et comme persistance pour qu'elles puissent contribuer à l'explication de troubles qui se présentent avec des allures toujours semblables à elles-mêmes. L'étude des conditions de l'irritabilité réflexe permet-elle de serrer le problème de plus près ? Le temps de réaction, chez les déments précoces, est constamment supérieur à la moyenne

observée chez les individus normaux : il est le plus allongé chez les hébéphréniques et le moins allongé chez les paranoïdes. Il existe donc chez les déments précoces, un retard indéniable. Ce retard ne pourrait être expliqué, anatomiquement, que par des altérations des filets nerveux préposés à la conduction des impressions périphériques et des ordres centraux. Or, de telles altérations n'ont pas été rencontrées dans la démence précoce. D'autre part, l'anatomie pathologique du cerveau dans cette affection montre que les altérations les plus fréquemment rencontrées sont celles des prolongements cellulaires et que les lésions prédominent surtout dans les lobes frontaux. Cette prédominance met donc hors de cause la seule région des centres supérieurs qui pourrait caractériser et expliquer, anatomiquement du moins, les troubles moteurs. On peut donc dire que les troubles moteurs de la démence précoce ne semblent pas avoir une origine directement organique.

CONCLUSIONS

1° Les phénomènes moteurs ne peuvent, dans ce complexus auquel on donne le nom de démence précoce, caractériser nettement que la forme dite catatonique ; celle-ci, en dehors de toute question doctrinale, est la seule qui, au point de vue de la motricité, semblerait avoir une existence bien autonome. Mais la réalité de cette autonomie est très ébranlée par le fait que les phénomènes moteurs constituent un ensemble se retrouvant au cours de syndromes mentaux qui ne sont pas de la démence précoce : ces syndromes mentaux sont les états confusionnels, que ces états confusionnels apparaissent dans l'enfance, dans l'adolescence, dans l'âge mur ou dans la vieillesse ; qu'ils reconnaissent pour cause une intoxication, une infection (intoxination), des altérations cérébrales disséminées dues à un traumatisme, à la sénilité ou à toute autre cause.

2° Les troubles du mouvement que l'on observe au cours de la démence hébéphrénique et de la démence paranoïde participent, eux aussi, d'états divers, formes d'excitation en général, démences vésaniques et, ici aussi, états de confusion.

3° Ces phénomènes moteurs ne semblent pas, comme l'a dit Kræpelin des phénomènes cliniques généraux de la démence précoce, pouvoir être mis directement sur le compte de lésions profondes des éléments cellulaires de l'écorce cérébrale, en ce sens que les lésions observées laissent à la fonction musculaire

toute sa potentialité et lui permettent de redevenir, suivant les circonstances, égale à ce qu'elle était autrefois.

4° Ces troubles présentent donc les caractères de ceux auxquels on donne, pour la commodité de l'étude, le nom de troubles fonctionnels. Il faudrait pour que nous puissions nous prononcer d'une façon formelle sur leur nature, que nous eussions des certitudes sur l'origine du mouvement volontaire.

Les manifestations cliniques de la démence précoce semblent tenir surtout à des troubles de l'association; la régulation cérébrale n'étant plus assurée, l'inhibition se trouve par conséquent en défaut. Le trouble de l'association réside dans ce fait que les représentations ne peuvent surgir qu'en petit nombre dans le champ de la conscience, ainsi l'antagonisme devient impossible et l'absence de motifs contrastants fait que les représentations persévèrent. Mais de cette difficulté d'évoquer plusieurs motifs à la fois il résulte que si une idée fait naître dans le champ de la conscience une image antagoniste, celle-ci devient prédominante et le négativisme se produit. Ainsi les troubles moteurs dans la démence précoce apparaissent non pas comme des troubles de la fonction motrice, mais, bien plutôt, comme des troubles de l'expression motrice : les muscles répondent normalement à des incitations dont les conditions sont faussées, parce que les excitations ne déterminent plus dans les centres d'association les reflexes nécessaires à ces incitations. C'est à cause de ce trouble de la réflectivité cérébrale que la richesse intellectuelle peut persister dans la démence précoce sans parvenir à s'actualiser.

Discussion :

M. Didé : Si l'ouvrage de M. Lagriffe présente un intérêt au point de vue expérimental, il me pardonnera sans doute de lui signaler quelques lacunes anatomocliniques.

Les troubles moteurs de la D. P. sont de deux ordres : les uns sont *transitoires* et les autres, *fixes* ou *progressifs*.

Les premiers ont surtout été étudiés par Kræpelin et ses élèves, consistent en stéréotypie des gestes, attitudes, mouvements paradoxaux, démarche sautillante, dansante steppée, etc., phénomènes athétosiques ou choreïformes, suggestibilité motrice alternant avec du négativisme. Quant aux fugues, il faut vraiment élargir singulièrement le sens des « troubles moteurs » pour les étudier dans ce chapitre.

Tous ces symptômes n'ont que la valeur d'expressions diverses de troubles mentaux et ne sauraient à proprement parler être considérés comme des signes physiques de la maladie.

La question des rapports entre les troubles mentaux et les manifestations motrices précédentes semblent d'ailleurs prendre une orientation nouvelle, depuis l'important travail de M. Mabille sur l'apraxie dans ses rapports avec la D. P.

L'analogie signalée ne peut pas encore être considérée comme ayant une valeur absolue, car l'apraxie de Liepmann implique une rupture définitive de certaines associations intra cérébrales, tandis que dans la D. P., tout au moins pour les phénomènes que nous envisageons, la mutabilité des symptômes et leur aspect contradictoire, semble exclure la notion d'une destruction des voies d'association, tout au moins pendant les périodes de début. Mais ce chapitre ne fait que s'ouvrir et appelle de nouvelles recherches anatomo-pathologiques.

D'autres signes intéressant le mouvement et à l'étude desquels je me suis attaché depuis une douzaine d'années, ont une valeur infiniment plus grande car ils sont l'expression d'une *altération anatomique progressive.*

Le 13 avril 1902 j'ai publié à la Société de Neurologie une note qui, à ma connaissance, est la première où le syndrome reflexe de la démence précoce ait été établi. Sur dix-neuf cas étudiés grâce à l'appareil très ingénieux de Castex pour les reflexes tendineux je faisais une distinction essentielle entre le reflexe minimum et le reflexe produit par une percussion forte, presque douloureuse; j'admettais comme abolis les reflexes qu'une percussion forte ne produit pas et comme exagérés ceux qu'une percussion très faible produit; depuis lors, la brusquerie et la diffusion du phénomène reflexe entrent en ligne de compte dans l'appréciation de l'exagération. J'ai examiné seul ou avec mes élèves depuis douze ans, des centaines de déments précoces et les conclusions que je présentais en 1903 avec des réserves, peuvent se formuler aujourd'hui avec beaucoup plus de force. Le syndrome reflexe se réalise avec d'autant plus de richesse, que l'on se trouve à une période plus éloignée du début de la maladie.

Les quelques cas négatifs constatés sont parfois dus à des phénomènes d'opposition que transitoirement on observe chez tous ces malades.

Sous ces réserves, on peut dire que dans la démence précoce :

1° Les reflexes tendineux sont exagérés ;

2° Les reflexes cutanés affaiblis;

3° Les reflexes de défense, pervertis et affaiblis.

Ces conclusions se dégagent de mes travaux et de ceux de mes élèves : Chenais, Lenormant, Trepsat, Leborgne.

Mais reprenons l'interprétation des symptômes constatés .

Il serait excessif de prétendre que le symptôme reflexe de la démence précoce a la fixité de l'hémiplégie organique, par exemple, et l'intensité des symptômes médullaires varie d'un cas à l'autre. Cette variabilité ne saurait laisser méconnaître la parenté évidente qui unit ces diverses expressions symptomatiques et le rôle de l'aliéniste est précisément de rechercher les raisons qui marquent les différences dans cette synthèse qui s'imposera à tout esprit non prévenu.

Les recherches sur la marche des déments précoces, dont on touvera l'exposé dans une note avec Leborgne et dans mon rapport au Congrès de Lille ont toujours été poursuivies depuis et je suis en mesure d'apporter au congrès du Puy, de nouvelles preuves graphiques de ma conception.

Aux périodes avancées de la démence précoce, on observe les modifications suivantes, par rapport à la progression normale.

Diminution de la base de sustentation	86 0/0
Augmentation	12 0/0
Diminution de l'angle d'ouverture du pied pendant la marche	56 0/0
Diminution de la longueur du pas	64 0/0
Extension du gros orteil pendant la marche	5 0/0
Extension de plusieurs orteils	30 0/0
Signe de l'éventail	20 0/0
Traînée du talon	20 0/0
Démarche ébrieuse	25 0/0

La lecture de ce tableau prouve que plusieurs des symptômes indiqués sont souvent réunis chez le même malade, et montre quelles ressources inexplorées peut fournir l'étude graphique de la marche chez les déments précoces. Il ne faudrait pas tenter de tirer de ces constatations des signes de certitude de la maladie qui nous occupe : elles démontrent simplement, semble-t-il, l'existence d'altérations nerveuses intéressant d'ailleurs à un faible degré plusieurs régions médullaires.

Si l'on cherche à rapprocher ces graphiques de ceux que peut nous offrir la neurologie classique, c'est parmi les scléroses combinées en effet que nous devrons chercher des analogies, avec ici d'ailleurs quelque chose de moins absolu, de moins intense, de moins massif et surtout de plus lent comme évolution.

Mais la clinique seule peut nous permettre d'aller plus loin encore et isoler un certain nombre de types moteurs de la démence précoce. Dufour a signalé en effet l'existence d'une *forme*

cérébelleuse de la démence précoce caractérisée par une catatonie ébauchée, de la titubation avec perte de l'équilibre, troubles de la parole, la diadocinésie, des crises de tremblement. Mon savant maître et ami a d'ailleurs proposé un procédé très ingénieux et fort recommandable pour la recherche de la trémulation épileptoïde chez cette catégorie de malades. La démarche ébrieuse que l'on constate dans mes graphiques ne peut-elle être interprétée comme d'origine cérébelleuse plus que comme du maniérisme ?

Notre vénéré collègue A. Cullère n'a-t-il pas d'autre part dès 1904 signalé des rétractions musculaires et de l'amyotrophie consécutive aux attitudes stéréotypées dans les psychoses ? Son fils en 1908 consacrait sa thèse très étudiée à ce même sujet.

J'avais eu bien des fois l'esprit attiré de ce côté et dès 1893 mon maître Jules Voisin signalait ces malades contracturés dont le passé ne témoignait que de la démence vésanique. A Rennes dans mon enseignement j'en parlai souvent et j'eus le plaisir de lire un travail très documenté que mon ancien elève Trepsat publia sur la question avec Nouet. Leur étude bientôt confirmée par Bouchaud affirme sans réserve les relations de cause à effet entre la contracture, les réactions tendineuses et la démence précoce ? Je montrerai plus loin que cette conception est non seulement une vérité clinique mais encore se soutient par des constatations anatomiques d'une incontestable valeur.

*
* *

Mais avant de terminer cette rapide revue symptomatique je suis autorisé à faire une incursion parmi les troubles par le soin que M. Lagriffe a mis à nous rappeler les travaux classiques de Mignot, puis de Serieux et Masselon, de mon élève Chenais. La relation de ces troubles oculaires avec les troubles moteurs ne me parait pas parfaitement mise en évidence. Cependant les recherches sur les troubles oculaires de la D. P. que j'ai publiées avec le Professeur Assicot et surtout l'ouvrage très important que mon élève G. Blin a consacré aux manifestations oculaires et à la pathogénie de la démence précoce, auraient contribué à préciser dans l'esprit de notre collègue la nature organique de certains troubles moteurs observés dans la D. P. Les lésions du fond de l'œil, que nous fûmes les premiers à constater, ont été confirmées par Tyson et Clark.

Dans un récent travail poursuivi avec le Professeur Frenkel nous avons essayé de présenter la synthèse des affections familiales

ou héréditaires atteignant les corticales, et nous signalions un lien pathogénique entre l'idiotie amaurotique de Tay Saces et surtout la forme junévile de celle-ci avec une démence progressive infantile où, à des lésions de rétinite pigmentaire avec atrophie papillaire, s'associe une maladie cérébro-spinale progressive de nature manifestement organique,

Mieux que toutes les considérations théoriques une rapide revue des lésions de la D. P. nous placera sur un terrain positif.

M. Lagriffe croit que les « altérations des prolongements (céllulaires) sont celles qui sont le plus souvent signalées et par tous les auteurs : c'est, dit-il, la seule notion de consentement universel ».

Dans ce consentement universel que deviennent les travaux d'Anglade, d'Alzheimer, de Nissl, de Vogt, de Cramer, de Bridier, de Leroy et Laignel Lavastine, les miens, ceux de Doutrebente et Marchand, de Subouchine, de Moddio, de de Buck et Deroubaix, d'Obreglia, de Parnon et Antoniu, de Zalplachta, pour ne parler que de ce qui a été publié jusqu'en 1907. Or il se dégage de la lecture de ces mémoires que si quelque chose est caractéristique dans la demence précoce c'est la *lésion cellulaire*, localisée même aux couches profonde de l'écorce; la prolifération névroglique est un phénomène de remplacement de même que la neurophagie.

Les noms de MM. Klippel et Lhermitte dominent de très haut, de 1904 à 1910, l'étude de l'anatomie pathologique de la D. P.; leur importance est telle qu'on parle couramment à l'étranger, et même en France, de la forme neuro épithéliale de Klippel et Lhermitte, qui n'est que la démonstration anatomique de la forme primitive et constitutionnelle de Morel.

La distinction entre la démence précoce constitutionnelle et le syndrome catatonique toxi infectieux subaigu ou chronique est admise par la majorité des auteurs, Régis dont les idées sont exposées dans la thèse de Guilguet a largement contribué à établir cette notion. J'ai soutenu jadis l'origine univoque de la D. P. dans mon mémoire intitulé « La D. P. est un syndrome mental toxi infectieux, subaigu ou chronique ». La suite a démontré que cette théorie était trop synthétique puisqu'elle négligeait précisement les cas de démence précoce constitutionnelle. Les formes toxi infectieuses ne sont plus discutées, non plus d'ailleurs et l'origine tuberculeuse que nous avions prévue avec Dufour dès 1899 et sur laquelle mon élève Durocher insistait longuement dans sa thèse était mise en valeur avec toutes les confirmations statistiques par Roubinowich et par Claude et Rose.

Mais qu'elle soit exclusivement constitutionnelle ou que la toxi infection joue un rôle dans sa production, la D. P. est une maladie cellule nerveuse très différenciée. Nous y reviendrons.

Le phénomène cortical essentiel en quelque sorte pathognomonique de la D. P. est la disparition de cellules en plus ou moins grand nombre dans les couches profondes de la corticalité. Cette disparition est d'autant plus générale qu'on examine les régions les plus antérieures du cerveau. Le travail de Sioli qui porte sur vingt examens histologiques est formel sur ce point et confirme absolument les travaux de Klippel et Lhermitte. Dans les formes constitutionnelles, la réaction de compensation porte exclusive ment sur la névroglie et un processus de gliose remplace les cellules absentes. Cette disparition est précédée d'une atrophie cellulaire marquée d'abord par la dyschromatophilie puis par l'achromatie des réseaux cellulaires de Ramon y Cajal et Donaggio. La dégénérescence vasculaire précède la disparition. Goldtein a identifié ces lésions avec la lésion cellulaire de Nissl.

Dans les formes où la toxi infection intervient on constate en outre une réaction vasculaire : une prolifération conjonctive très légère parfois, comme l'ont noté Anglade et Jacquin. Je pense que la participation des vaisseaux notée également par Zalplachta, Ladame, Bassi n'a pas d'autre signification que celle d'une infection surajoutée et en tous cas ne s'oppose en rien à l'existence d'une forme vasculaire. Cette constatation répond même à l'objection formulée en 1906 par Riche, Barbe et Wickersheimer et d'après laquelle on n'aurait pas tenu dans l'appréciation des lésions un compte suffisant des affections intercurrentes.

Ces données positives qui font de la D. P. l'expression clinique de la fragilité de la cellule certicale la plus différenciée, ont une portée singulièrement haute.

La forme juvénile constitutionnelle est, comme l'avaient admirablement vu nos ancêtres et surtout Morel et Delasiauve, le trait d'union entre les démences acquises et les démences congénitales. Nous avons vu qu'avec Frenkel j'établis une parenté anatomique entre la forme juvénile de la maladie de Tay Sachs et la forme constitutionnelle de la D. P.

Pour les formes acquises il serait inexact de prétendre que la maladie a tout fait et créé la maladie mentale car alors on comprendrait mal pourquoi toutes les affections identiques n'aboutiraient pas à une semblable symptomatologie mentale.

Mais au lieu que dans le cerveau valide l'infection se traduira par des symptômes transitoires, dans celui au contraire où la

cellule nerveuse présente une fragilité marquée, la régression pourra se produire. C'est l'histoire des confusions mentales curables, de celles qui laissent après elles un déficit plus ou moins marqué, de celles enfin qui prennent l'allure de la D. P. authentique.

L'étude clinique de ces variétés appartient à l'école de Régis.

L'étude des troubles moteurs nous a montré l'existence d'une forme cérébelleuse de la D. P. ; l'anatomie pathologique confirme cette façon de voir. Klippel et Lhermitte dans une série de travaux publiés de 1904 à 1910 ont établi :

1° Que les lésions cérébelleuses de la D. P. existent dans la proportion de 22 % environ ;

2° Que macroscopiquement on note tantôt une hémiatrophie cérébelleuse, tantôt une atrophie massive.

3° Que les altérations microscopiques consistent en une diminution numérique et légèrement volumétrique des cellules de Purkinge et des éléments de la couche des grains sans réaction inflammatoire ni même névroglique ;

4° Que ces altérations peuvent être attribuées en partie à une atrophie secondaire aux lésions cérébrales dans les cas où les lésions sont bilatérales, mais doivent être considérées comme des expressions multiples de la dystrophie aplasique qui peut se retrouver dans tous les organes chez les hérédo-tuberculeux, hérédo-alcooliques hérédo-syphilitiques, ou hérédo-aliénés que sont presque toujours les déments précoces

Claude et Rose Takasu et d'autres ont apporté une contribution personnelle à cette question.

Les troubles moteurs de la D. P. ont d'ailleurs une physiologie pathologique complexe où les lésions médullaires interviennent.

Certaines de ces lésions sont endogènes, d'autres sont secondaires aux lésions cérébrales, d'autres semblent provenir d'une atrophie de la voie centripète.

La connaissance des lésions dans la moelle des D. P. est due à Anglade, Dunton, Gonzales, Klippel et Lhermitte, à mes travaux, et à ceux de Leborgne.

Les lésions cellulaires constatées frappent au premier plan les grands éléments de la corne antérieure mais aussi la colonne de Clarke et la corne postérieure. Les cellules des ganglions rachidiens partlcipent au processus atrophique.

Au niveau des cordons les lésions sont généralement diffuses, Par ordre de fréquence on les note dans les cordons postérieurs, dans les régions périphériques du cordon antéro-latéral. Elles

4

consistent en une disparition ou une atrophie des fibres à myéline avec processus de gliose de remplacement.

L'aspect des moelles de déments précoces est tout à fait distincte de celui des processus chroniques où la lésion vasculaire est primitive.

En somme dans tout le système nerveux central les lésions sont les mêmes à des degrés divers suivant les cas et consistent dans l'involution de la cellule noble, la réaction du tissu de soutien est uniquement névroglique dans les cas purs et l'unité anatomique de la D. P. paraît l'une des données les plus sûres de la psychiatrie contemporaine.

Les troubles moteurs de la D. P. se rattachent aux lésions que nous avons signalées et l'œuvre de l'avenir sera la distinction des formes cliniques suivant les localisations diverses de l'aplasie cellulaire, de la lésion neuro-épithéliale aux différents étages de l'axe cérébro-spinal.

M. Hesnard (Bordeaux). — M. Lagriffe est arrivé à l'intéressante conclusion que les troubles moteurs du dément précoce sont d'origine psychique, la maladie n'atteignant pas la fonction motrice proprement dite, et étant compatible avec une richesse cérébrale non utilisable. Cette conclusion, il est frappant de le constater, est celle de beaucoup d'auteurs, du professeur Bleuler entre autres. Pour cet auteur, la schizophrénie est constituée par des troubles fondamentaux et secondaires. Parmi les premiers se trouve l'*ambivalence* ou surestimation des contraires, le *désordre des synthèses psychiques*, lesquelles sont comparables à des jetons tirés de jeux différents et agités dans un vase au hasard, ce qui amène la *dissociation* ou trouble des associations psychiques (images, idées ou sentiments). De cette dissociation qui morcelle la personnalité dépendent : l'adhérence des éléments psychiques entre eux, la surestimation de tel ou tel élément prédominant dans le champ de la conscience; le barrage ou arrêt brusque du mécanisme, l'éparpillement du but psychique, la difficulté pour le sujet de se détourner de telle association, etc., etc. La dissociation procède suivant les lois du rêve normal, imposant à la mentalité du malade des pensées confuses et incohérentes associées par des forces affectives (intérêts sentimentaux empruntés à des incidents impressionnants, contemporains de la période de début), le détournant de la vie réelle (autisme) et appliquant l'intérêt au milieu ambiant.

Parmi les seconds se trouvent précisément les troubles moteurs qui résulteraient d'une adaptation du malade aux nouvelles con-

ditions psychiques. Les uns, comme le négativisme, les troubles des actes volontaires, la suggestibilité, la catatonie passive, la dyspraxie, seraient la conséquence directe du trouble des associations. Les autres, comme l'excitation catatonique, les automatismes, etc., seraient l'effet d'une décharge motrice, consécutive à la distraction intense. D'autres enfin, comme certains gestes, certaines salades de mots et certains troubles de l'écriture seraient l'expression symbolique ésotérique de sentiments et d'idées délirantes, ainsi que la psychoanalyse pourrait le démontrer, ou même l'effet d'une certaine tendance assez volontaire à être malade et à préférer la maladie à la réalité.

Les grandes lignes de cette théorie dont les exagérations psychologiques et terminologiques sont regrettables, et qui se concilient très bien avec la notion des troubles psychiques de la démence précoce, conséquence d'une auto-intoxication causale, sont à retenir. Ce sont les principes mêmes de doctrines classiques et bien françaises d'origine, particulièrement de l'opinion du professeur Régis sur les rapports de la démence précoce et de la confusion mentale. Beaucoup de ces malades font preuve d'une activité psychique méconnue et peuvent même guérir. Ce sont moins des déments au sens propre du mot que des sujets en proie à une sorte de psychose confusionnelle et onirique. Et Bleuler dit à ce sujet que le plus haut degré de la dissociation schizophrénique est la confusion mentale, caractéristique des épisodes aiguës de la maladie.

Quant aux déductions extrêmes qu'en tirent certains adeptes de l'école de Zurich (Yung) qui proclament que c'est dans le but de se détourner d'une réalité trop pénible que le malade se réfugie dans la psychose, et pour lesquels la maladie mentale évoluant sans cause anatomo-cérébrale, accessible seulement au poète dénonciateur des causes sentimentales de la folie, devient une spéculation subtile à l'usage des âmes délicates, elles sont scientifiquement inaceptables. Il est à souhaiter que ces doctrines, lesquelles se désintéressant de toutes les récentes recherches anatomocliniques, constituent un essor philosophique hors de la pathologie vers les errements métaphysiques des finales, ne fassent pas perdre de vue l'œuvre réellement scientifique et intéressante de Bleuler, et ne la déshonorent pas par leurs tendances téléologiques inadmissibles.

M. Voivenel (Toulouse). — Le rapporteur dans son préambule est trop cruel pour la pychologie. Entre son opinion et les exagérations des psychoanalystes étrangers qui deviennent presque des

métaphysiciens, M. Voivenel estime qu'il y a un juste milieu pour cette remarquable psychologie, appuyée sur l'anatomo-physiologie qui fut celle de Taine et qui est celle de Ribot. Le psychiatre, loin de se désintéresser de la psychologie doit la conquérir, et, par l'étude approfondie des correspondances psychiques et anatomo-pathologiques, par l'histochimie et l'histologie, essayer de voir s'il n'est pas possible de trouver un substratum anatomique à ce qu'il est convenu de désigner sous le nom de facultés de l'esprit. M. Lagriffe a été trop affirmatif en mettant toujours la chorée du dément précoce sous la dépendance d'un état dégénératif. Il propose une explication de ce fait que les premiers au dynamomètre sont les derniers à l'ergographe et que les ergogrammes les plus longs et les plus réguliers sont donnés par les déments précoces présentant les troubles du mouvement les plus marqués.

Le dynamomètre met surtout en valeur l'énergie psychique déclanchée. L'action de presser un dynamomètre est surtout d'origine cérébrale et volontaire. Connaissant de nombreux athlètes et ayant fait de nombreuses expériences dynamométriques, il a été surpris de voir que les plus forts, les plus lourds, les plus richement musclés, étaient souvent battus par des jeunes gens secs et « nerveux ».

L'ergographe, demandant au contraire l'exécution d'actes répétés et rythmiques, met en fonction l'automatisme musculaire. Cet automatisme sera d'autant plus marqué qu'il sera libéré d'un cerveau désassocié (par l'altération des fibres d'association) et que l'élément cérébral — si important — de la fatigue ne s'ajoutera pas à l'élément physique; ici encore l'état musculaire est quelque chose d'analogue à cet état d'amélioration physique d'aliénés dont l'état mental ne s'améliore pas. Il indique un pronostic mauvais.

M. Crocq (Bruxelles). — Les recherches personnelles de l'auteur sur les réflexes dans la démence précoce ne lui ont pas donné de résultats appréciables. Il espérait trouver dans le rapport des données nouvelles pour objectiver la démence précoce.

Souvent on ne peut différencier les cas correspondant à la confusion mentale chronique et ceux correspondant à la démence précoce. On ne peut serrer de près l'un ou l'autre de ces diagnostics. M. Crocq pense que la démence précoce est une maladie autonome qui se circonscrit et se délimite de jour en jour. Par des voies différentes on arrive à un résultat identique, la démence relevant sans doute d'une lésion anatomique toujours la même.

M. Régis (Bordeaux). — Le Rapport de notre distingué collègue M. Lagriffe, si précis et si net dans sa sobre concision, aboutit à une conclusion des plus intéressantes.

Cette conclusion, c'est que les phénomènes moteurs de la démence précoce ne suffisent pas à caractériser cet état psychopathique, car ils se retrouvent en leur ensemble dans les états confusionnels.

Allant plus loin, M. Lagriffe n'hésite pas à dire que « les rapports très étroits de causalité et d'expression clinique qui rapprochent la démence précoce, d'une façon peut-être plus qu'intime, des confusions, maintient qu'il est sans doute illusoire de chercher à la séparer d'elles anatomiquement et de s'efforcer de la localiser ailleurs que dans tout le cerveau ».

Une telle conclusion n'est pas pour nous déplaire, car elle vient confirmer l'opinion que nous avons toujours soutenue, à savoir l'étroite parenté morbide qui existe entre la démence précoce et la confusion mentale.

Cette opinion, qui avait paru surprendre tout d'abord a gagné progressivement du terrain et la voici très nettement affirmée aujourd'hui par le Rapporteur, dans un congrès français.

En exposant nos vues sur le sujet, nous nous basions sur l'identité des causes (intoxications, infections), la ressemblance des symptômes surtout mentaux (obtusion, obnubilation, onirisme etc.) et l'évolution fréquente de l'une à l'autre des deux psychoses (démence précoce post-confusionnelle). Les phénomènes moteurs, certains surtout, nous apparaissaient, eux, comme plus spécialement propres à la démence précoce.

Ce que nous avons vu depuis nous a conduit, sur ce point, à un avis semblable à celui de M. Lagriffe et à considérer les troubles moteurs de la démence précoce comme susceptibles de survenir, eux aussi, dans les états confusionnels.

Plusieurs cas de ce genre se sont déjà en effet présentés à nous et, en ce moment même nous avons, dans notre service clinique, un malade des plus curieux qui offre toute la symptomatologie psychique et motrice de la démence précoce avec, notamment, un maniérisme d'attitudes, de gestes, de langage, d'actes tout à fait caractéristique. C'est à ce point

qu'il a pu être étiquetté, par plusieurs, « dément précoce » et que nous-même avons hésité sérieusement avant de conclure au diagnostic de confusion mentale. Or, ce malade est mieux depuis quelques jours et nous ne serions aucunement surpris s'il arrivait à guérir complètement, après avoir présenté en quelque sorte au complet le tableau de la démence précoce (1).

Il est donc bien exact, comme le déclare le rapporteur, que les phénomènes moteurs de la démence précoce n'ont rien de caractéristique et qu'on peut les rencontrer dans les états confusionnels. Ce qui confirme une fois de plus la parenté morbide que nous avons signalée entre la démence précoce et la confusion mentale,

Mais M. Lagriffe, on l'a vu, admet que la démence précoce « se rapproche d'une façon peut-être plus qu'intime des confusions », ce qui revient à dire, semble-t-il, qu'elle leur serait identique.

Faut-il aller jusque là ? — Voilà la question.

Nul n'a plus insisté que nous sur ce point, et nous avons décrit, on le sait, la démence précoce comme une confusion mentale chronique, au chapitre même des confusions.

Nous ne croyons pas, toutefois, qu'il y ait lieu de fusionner entièrement les deux états pathologiques, et plus que jamais nous pensons qu'il est nécessaire d'établir ici une distinction.

Si la démence précoce due à une infection aigüe n'est généralement pas autre chose que la continuation et la terminaison d'une confusion mentale non guérie, c'est-à-dire une démence précoce post-confusionnelle, ou, si l'on veut, une confusion mentale chronique, il est d'autres démences précoces en revanche qui n'ont pas, avec la confusion mentale, des rapports aussi étroits. Telle la démence précoce constitutionnelle ou dégénérative, qui se rapproche bien plus des psychoses des dégénérés de Magnan que de la confusion mentale proprement dite.

Nous avons toujours fait cette distinction et c'est pour ce

(1) C'est ce qui est advenu depuis. Le malade, entièrement guéri, a repris son travail dans l'usine de boyauterie où il était antérieurement employé. Nous publierons ultérieurement, avec le Dr Hesnard, cette intéressante observation.

motif que nous nous sommes permis de démembrer la démence précoce en deux types étiologiques, sinon cliniques, bien distincts : la démence précoce post-confusionnelle et la démence précoce dégénérative, les décrivant, l'une avec la confusion mentale, l'autre avec les dégénérescences.

L'identité, ou, si l'on ne veut pas aller jusque là, l'analogie de la démence précoce avec la confusion mentale, n'est vraie, à notre avis, que pour la démence précoce post-confusionnelle. Elle ne l'est plus, tout au moins au même degré, pour la démence précoce dégénérative.

C'est ce que nous tenions à expliquer à propos des conclusions formulées par le Rapporteur.

M. Delmas (Paris), rapporte deux observations de dément précoce. L'un d'eux, un hébéphrénique, se présente un matin hébété, avec tremblement de la langue et embarras de la parole, il a une paraplégie spasmodique des membres inférieurs. On pense à de la paralysie générale. Peu à peu les symptômes rétrocèdent. Le diagnostic de démence hébéphréno-catatonique se précise. Une ponction lombaire, tardive il est vrai, a montré une lymphocytose discrète qui a disparu. Il y a donc eu au cours de la démence précoce un syndrome paraplégique qui paraît bien en rapport avec un processus méningo-encéphalique,

Le second cas a rapport à une véritable stéréotypie du vomissement. Le malade se faisait vomir régulièrement par une véritable aspiration après avoir absorbé de nombreux verres d'eau. Il devint très cachectique. On lui a supprimé ses verres d'eau. Peu à peu il n'a plus vomi.

M. Dupré (Paris), aurait voulu voir dans le rapport un parallèle entre les troubles moteurs de la démence précoce et les troubles moteurs associés à la débilité mentale. L'observation clinique permet de constater un syndrome de débilité motrice associé à la débilité mentale. On constate dans ce syndrome des troubles profonds de la réflectivité, de la syncinésie, de la paratonie, une certaine maladresse, de la gaucherie, une impossibilité de se livrer aux travaux délicats. On peut observer, comme dans un cas type de Dupré et Logre, des troubles moteurs qui méritent d'être mis en parallèle avec ceux du syn-

drome de démence précoce. Si on recherchait la débilité mentale et la débilité motrice chez les déments précoces, on trouverait que beaucoup d'entre eux sont des débiles. Ainsi on pourrait s'expliquer la variation fréquente des réflexes. Beaucoup de phénomènes moteurs (Babinski curable, signes de la marche de Dide, etc.) sont sous la dépendance d'états anatomocliniques différant de la démence précoce à laquelle ils se trouvent associés par accumulation des syndromes.

M. Lagriffe n'a pas signalé le phénomène de Maillard : persévération de l'extension de la jambe après le choc du marteau.

M. Jacquin (Bourg). — Il n'y a pas de signes moteurs pathognomoniques, de la démence précoce, mais certains ont une valeur. Le sourire moqueur a de l'importance. L'ictus est plus fréquent qu'on ne le croit. Il faut signaler aussi la pâleur du visage dans l'impulsion.

Le tremblement n'est pas prédominant au niveau de la langue. Avec Anglade l'auteur montre que les spasmes existent surtout dans le domaine du facial et au niveau des orbiculaires. L'anatomie pathologique ne sera possible qu'avec des formes cliniquement bien établies.

M. Ameline (Chezal-Benoit). — On pourrait peut-être penser pour expliquer la variabilité de l'état mental des déments précoces, à l'alternance de fonctionnement des hémisphères cérébraux. En effet, dans la fatigue intellectuelle ou épuisement cérébral dont M. Ameline a cherché à préciser les rapports avec la démence en général on constate, que quand une main a été épuisée par l'ergographe, l'autre main présente son maximum de puissance.

M. Lagriffe (Auxerre), n'a pas observé l'alternance dont parle M. Ameline. Il insiste à nouveau malgré l'exposé de M. Dide sur la discordance des travaux concernant les réflexes. Il croit que les lésions des prolongements sont les plus fréquentes. Il n'a jamais observé le phénomène de Maillard.

DEUXIÈME QUESTION

LES ANESTHÉSIES DANS L'HÉMIPLÉGIE CÉRÉBRALE

Rapporteur : Docteur MONIER-VINARD, de Paris.

Longtemps on s'est trouvé fort embarrassé pour faire avec certitude le diagnostic différentiel entre les hémianesthésies fonctionnelles et les hémianesthésies organiques ; c'est seulement dans ces dernières années que les auteurs, notamment Babinski, ont apporté les moyens de faire cette distinction.

On a aussi mis récemment à l'étude la topographie cortico-cérébrale sensitive et motrice. La tâche que s'est proposée le rapporteur est tout autre. Il a fait un exposé comparatif des troubles de la sensibilité d'origine corticale et des troubles d'origine centrale. Ces caractères différentiels propres à ces deux ordres de syndromes ont été bien étudiés récemment par Head et Holmes. Monier-Vinard dans le service de M. Klippel a, par de nombreuses observations, confirmé les conclusions des auteurs.

Les troubles sensitifs dans l'*hémiplégie corticale* ont été l'objet d'un grand nombre de travaux admis à la suite des recherches de Tripier, puis de Charcot et de ses élèves, leur fréquence a été très diversement appréciée. Ces troubles sont d'autant plus fréquents qu'on est plus près de l'ictus. Ils sont de deux ordres : les uns sont objectifs et consistent en phénomènes d'anesthésie. La sensibilité du contact est fréquemment altérée, mais d'une façon très variable. En tout cas, il y a des irrégularités déconcertantes de la perception tactile. Un seuil de perception tactile ne peut être déterminé avec exactitude. Cette irrégularité et cette variabilité croissantes, à mesure que l'exploration se prolonge, apparaissent comme les conséquences de la rapide fatigue de l'attention du sujet et de la production d'illusions de contact à la suite de la répétition des excitations tactiles. La faculté de discrimination tactile reste affaiblie. La sensibilité aux excitations douloureuses n'est à peu près jamais abolie. Parfois elle a l'apparence

de l'être ; c'est que le retard et l'hésitation dans la réponse relèvent de l'obtusion tactile concomittente. La sensibilité thermique ne présente pas habituellement non plus de troubles considérables dans l'hémiplégie corticale. Il n'y a qu'un affaiblissement très léger des perceptions thermiques.

Le terme général de sens musculaire englobe un certain nombre de fonctions : la notion de position, la notion de mouvements passifs, la notion de mouvements actifs, la notion de résistance et de force (Claparède).

La notion de position et celle de mouvements passifs sont altérées simultanément et parallèlement d'une façon variable. La notion de mouvements actifs est altérée dans un grand nombre de cas d'hémiparésies par lésions corticales. La représentation mentale du mouvement actif étant troublée sans le secours de la vue, et même parfois malgré son contrôle, le mouvement volontaire est incertain, inexact, mal coordonné. La notion de poids est altérée par suite de l'atteinte des sensations tactiles et des sensations d'effort et de contractions musculaires. Les notions de dimension, forme, volume des objets sont très communément affaiblies dans l'hémiplégie corticale, et l'astéréognosie tactile est un trouble particulièrement marqué et persistant.

On admet communément qu'il est fréquent d'observer des erreurs de localisation des impressions tégumentaires chez les sujets atteints d'hémiplégie corticale et que ce trouble est en rapport direct avec les perturbations mêmes de la sensibilité superficielle. L'emploi de méthodes d'exploration diverses permet, comme l'ont établi Head et Holmes, de mettre ce rapport en discussion.

Les autres troubles sont subjectifs. Ils sont peu fréquents. Ce sont les douleurs post-hémiplégiques et plus rarement les douleurs préhémiplégiques.

Des auteurs ont signalé l'existence d'anesthésies à type radiculaire à la suite de lésions corticales. Ces faits sont peu nombreux et le rapporteur en résume quelques-uns particulièrement démonstratifs. Les faits de cet ordre n'ont pas reçu une explication définitive.

Les troubles sensitifs par lésion corticale se présentent plus communément associés à des manifestations motrices, sensorielles, mentales. L'existence de ces troubles associés aux phénomènes anesthésiques permet, dans la pratique, de reconnaître immédiatement l'origine corticale de ceux-ci. En résumé, d'après von Monakov, dans les lésions corticales en dehors des états de

shock, la sensibilité à la douleur est la moins atteinte, la sensibilité thermique et la sensibilité tactile le sont plus communément, mais ce sont surtout la sensibilité musculaire et le sens de la localisation qui sont les plus altérés, ainsi que la résultante de ces différentes sensibilités, la stéréognosie. Le sens stéréognostique est de tous le plus atteint et c'est de plus celui qui s'améliore le plus tardivement.

Pour ce qui est de l'*hémiplégie thalamique*, le rapporteur n'envisage que les troubles de la sensibilité. A la suite des travaux de Dejerine, Long, Roussy, Head a précisé plusieurs caractères des troubles décrits. Il a ajouté la connaissance de l'hyperréaction aux excitations sensitives d'ordre effectif.

Les phénomènes d'anesthésie sont d'autant plus considérables que la lésion causale a été plus largement destructrice. Les localisations possibles du foyer au pourtour immédiat du thalamus ne semblent pas provoquer, selon leur siège, de formes cliniques spéciales. Les phénomènes de déficit sensitif considérés dans leur ensemble peuvent avoir tous les degrés. En ce qui concerne la sensibilité tactile, on peut dans chaque région explorée déterminer un seuil de perception tactile remarquablement fixe.

Dans la sensibilité thermique on peut également établir un seuil fixe d'excitation efficace. On a noté des erreurs importantes de localisation tactile dans les anesthésies thalamiques.

La forme de sensibilité qui est atteinte avec la plus grande fréquence et souvent aussi avec la plus grande intensité, est cette partie du sens musculaire répondant à la notion de position et à l'appréciation des mouvements passifs.

Notons que dans l'hémiplégie par lésion centrale, le malade, au dessous du seuil de perception, n'acquiert sur la forme, la dimension, la consistance des objets que des notions vagues et imprécises, mais, malgré que leur perception soit obscure et incomplète, il s'efforce longuement et sans se décourager à préciser les contours de l'objet, il aboutit à en donner une description plus ou moins erronée, mais qui établit qu'il conçoit, sinon qu'il estime avec justesse, que l'objet a un certain volume, une certaine forme, une certaine consistance.

L'hyperréaction aux excitations d'ordre effectif a une valeur considérable. Pour Head et Holmes son existence serait subordonnée à la destruction de la portion postérieure du noyau externe. L'hyperréaction peut être provoquée par toute incitation susceptible par sa nature même de provoquer le sentiment de plaisir ou de douleur, d'agrément ou de gêne. Ce phénomène

de l'hyperréponse a pour condition préalable indispensable la non-existence d'une anesthésie complète à tous les modes. Pour l'ensemble de ces hyperréactions aux explorations de la sensibilité on trouve l'existence d'un seuil fixe. Les excitations psycho-sensorielles et même les états émotifs peuvent provoquer des impressions agréables dans la moitié du corps hémiplégique.

Plusieurs auteurs ont noté l'existence de douleurs spontanées à acuité très vive chez les sujets atteints d'hémiplégie thalamique. Le rapporteur rappelle enfin, d'après Roussy, la formule exacte des éléments constitutifs essentiels du syndrome thalamique.

Mettant en parallèle à la fin de son travail les deux syndromes décrits, M. Monier-Vinard rappelle qu'ils sont accompagnés de phénomènes concomitants ayant une valeur diagnostique de premier ordre. Il souligne les analogies et les différences présentées par les phénomènes d'anesthésie dans les deux sortes d'hémiplégie cérébrale ; et il conclut que dans l'anesthésie par lésions corticales, une part doit être faite à l'affaiblissement associé de la faculté de jugement comparatif.

Les douleurs spontanées et l'hyperréaction aux excitations affectives donnent un caractère propre au syndrome sensitif central.

M. Monier-Vinard signale enfin que pour Head et Holmes le thalamus serait l'organe régulateur des impressions de nature agréable ou désagréable ; une hypertonie sensitive corticale serait la conséquence de la lésion de la partie la plus externe de ce noyau.

Discussion :

M. Long. J'ai lu avec le plus vif intérêt le rapport de M. Monier-Vinard. On y trouve exposées avec clarté les recherches les plus récentes sur les formes cliniques de l'anesthésie d'origine cérébrale, et en particulier les éléments par lesquels Head et ses collaborateurs établissent le diagnostic différentiel entre les anesthésies corticales et les anesthésies thalamiques.

Pour ce qui concerne ce sujet spécial, je suis tenté de regretter que M. Monier-Vinard ne nous ait pas donné le résultat des études personnelles qu'il a poursuivies dans le service de M. Klippel. Il s'agit là de méthodes dont l'application est délicate et exige une longue expérience ; en outre elles sont peu connues dans leurs détails techniques, car nous

sommes nombreux, je le reconnais, qui ne savons pas nous astreindre à utiliser, au cours d'une observation clinique, les moyens d'investigation précis et ingénieux qui ont fait la réputation justement méritée de Head.

Je demande en particulier à M. Monier-Vinard s'il a vérifié ces signes essentiels établis par les auteurs anglais : variabilité des résultats par défaut d'attention et de jugement lorsque la lésion est corticale, hyperesthésie spéciale (hyperéaction) lorsqu'elle est thalamique. N'est-il pas possible en effet que les troubles intellectuels qui conditionnent le défaut d'attention, la suggestibilité, relèvent de lésions cérébrales diffuses (comme dans l'éthylisme, l'athérome cérébral, les tumeurs) indépendantes du foyer qui a produit l'hémianesthésie. Et d'autre part l'hyperesthésie du syndrome thalamique ne peut-elle se retrouver avec des foyers corticaux ou sous-corticaux ?

Pour ma part j'ai observé récemment dans le service de M. le professeur Bard, à l'hôpital cantonal de Genève, deux cas dont l'interprétation ne concorde pas avec la théorie qui vient de nous être exposée.

Le premier malade a déjà été étudié il y a bien longtemps ; je l'ai présenté en 1904 à la Société médicale de Genève comme un exemple du syndrome thalamique nouvellement décrit, et son observation a été publiée in extenso en 1907 par Roussy dans sa thèse (*le syndrome thalamique*, p. 328). Ce malade est âgé actuellement de 57 ans ; il a conservé, à peine atténuée par le temps, la symptomatologie initiale. Du côté atteint il a recouvré tous les mouvements, mais il est gêné par l'incoordination motrice et par un peu de contracture permanente ; l'hémianesthésie a persisté, accompagnée des phénomènes douloureux. Pour compléter cette observation j'ai cherché l'hyperréaction et ne l'ai trouvée ni pour la piqure, ni pour les tubes à 60° ou à 0° ; seul le chatouillement par un objet dur donne l'impression désagréable d'une piqûre. En outre pendant l'examen clinique on se trouve en présence d'un défaut évident d'attention et de jugement ; les illusions, la persévération sont fréquentes ; il faut espacer les contacts, répéter les questions. Cette insuffisance psychique est facilement explicable ; ce sujet a été longtemps un grand buveur jusqu'au jour où il fut frappé d'une lésion cérébrale ; et bien

qu'il ne boive plus, ou que très rarement, faute d'argent, il a gardé de son intoxication ancienne un état d'indifférence et de paresse, indice d'une atteinte définitive du cortex. Voilà donc un cas de lésion centrale qui par certains caractères devrait être interprété comme une lésion corticale.

La seconde malade est une femme de 59 ans, dont les antécédents indiquent une syphilis conjugale et chez laquelle on trouve de l'immobilité pupillaire, un Wassermann positif et une lymphocytose nette dans le liquide céphalo-rachidien. A plusieurs reprises, elle a eu des troubles cérébraux sous la forme de paralysies légères et transitoires. La plus importante est survenue, il y a trois ans et demi et a atteint la face et le bras gauche ; elle a laissé comme résidu : 1° des troubles de la motilité qui ne sont ni paralytiques, ni spasmodiques ; les mouvements de la main et des doigts sont ralentis, démesurés ; la répétition d'un geste, avec ou sans manipulation d'objet, est exécutée d'une manière imparfaite et décomposée en une série de mouvements imparfaitement adaptés, en somme une apraxie motrice atténuée ; 2° des troubles de la sensibilité qui existent au membre supérieur gauche et consistent en une diminution des sensations superficielles et profondes et surtout en une astéréognosie intense qui rend impossible l'usage de la main gauche pour le travail de couturière. Ces troubles objectifs s'accompagnent d'une hyperesthésie désagréable pour le froid et la piqûre et de douleurs spontanées, rares et vagues. D'autre part la malade était et est restée très intelligente ; ses réponses sont nettes et précises et dans la recherche des troubles de la sensibilité on trouve facilement le seuil de la sensibilité douloureuse ou thermique. Faut-il, d'après le schéma de Head, supposer une lésion thalamique en raison de l'hyperréaction manifeste et de l'intégrité des fonctions du jugement; on est plutôt porté à croire à une lésion corticale ou sous-corticale du lobe pariétal, placée derrière le centre moteur du centre supérieur, pour expliquer la limitation de l'anesthésie, l'astéréognosie et les phénomènes d'apraxie.

Deux observations ne suffisent pas, évidemment, pour une discussion de ce sujet, ni pour ébranler la doctrine de Head que je crois exacte dans ses grandes lignes. J'ai voulu par

ces exemples montrer à quelles difficultés on se heurte dans la pratique : je crois que le sujet auquel notre collègue Monier-Vinard a consacré plus spécialement son rapport : le diagnostic des anesthésies par lésion corticale ou par lésion thalamique, n'est pas complètement élucidé et que c'est à des documents anatomo-cliniques précis qu'il faudra en demander la solution. Sans cette recherche on tirera le plus grand profit des procédés nouveaux d'investigation dont on vient de nous parler et tout ce qui pourra nous renseigner sur la physiologie des noyaux opto-striés sera particulièrement digne d'intérêt.

La doctrine de Head que vient de nous exposer M. Monier-Vinard reprend en fait, sur une base plus précise, une hypothèse déjà ancienne : la relation des noyaux de la base du cerveau, et plus spécialement de la couche optique, avec certains phénomènes réactionnels d'ordre affectif. Bechterew, notamment, a dit que le thalamus est un centre où les excitations périphériques se réfléchissent par des mouvements involontaires, dit psycho-reflexes. Le dernier paragraphe du rapport que nous discutons conclut d'une façon plus précise avec Head que les douleurs spontanées et l'hyperréaction aux excitations « s'observent quand il y a destruction du noyau externe du thalamus ». Or ceci revient à admettre une localisation très étroite de l'hyperesthésie, qui serait aussi celle de l'hémi-anesthésie dans la couche optique.

Mais on ne saurait être trop prudent dans l'affirmation de ces localisations si limitées. Si le noyau externe du thalamus est actuellement, sans contestation, un relai pour les voies sensitives qui passent par la calotte du pédoncule, est-il le seul à remplir cette fonction ? Le noyau médian reçoit aussi des fibres ascendantes, le pulvinar que l'on trouve presque constamment lésé dans les syndromes thalamiques joue peut-être un rôle dans la réception ou l'élaboration des excitations périphériques. Et même en supposant que le passage des voies sensitives dans le thalamus soit définitivement connu, il n'est pas certain que la même localisation soit valable pour les phénomènes de déficit et pour les phénomènes irritatifs. Ces derniers pourraient être la conséquence d'une lésion de voisinage, même si l'on accepte l'affir-

mation un peu prématurée qu'il faut y voir un effet de la déséquilibration d'une fonction propre de la couche optique et la disparition du contrôle cortical (rapport pages 37 et 38).

Enfin l'attribution de l'hyperesthésie à la seule lésion thalamique paraît excessive; il est possible, et la question doit rester à l'étude, que les mêmes phénomènes puissent survenir lorsque la lésion est située en dehors de la couche optique, plus bas dans la région de la calotte, ou plus haut sur le trajet des fibres thalamo-corticales.

Il est un autre point sur lequel je serais heureux d'avoir l'avis de M. Monier-Vinard? Quelles variantes cliniques a-t-il observées dans les cas d'anesthésie corticale; le déficit a-t-il porté également sur tous les modes de la sensibilité superficielle et profonde, ou bien existait-il des dissociations et sous quelles formes se sont-elles présentées?

Ceci a une grande importance pour la physiologie du cerveau humain. Les troubles de la sensibilité sont des phénomènes complexes dont l'étude demande l'aide du jugement et de l'attention (ne sommes-nous pas souvent obligés d'éliminer certaines observations en raison de la déchéance ou de la débilité intellectuelle du sujet? L'expérimentation sur les animaux ne peut nous apporter des documents assez complets.

Cependant, c'est elle qui, par deux fois a dirigé nos recherches dans la bonne voie; il y a plus de vingt ans que Tripier nous a conduits à la conception d'une zone sensitivo-motrice, placée chez les animaux dans la région correspondant à la zone rolandique de l'homme. C'était un grand progrès, à une époque où, sous l'influence de Charcot et de Meynert, on renvoyait, loin en arrière, jusque dans le lobe occipital même, la terminaison du faisceau sensitif, et dès lors, la question que nous posons actuellement existait. Dans cette région fronto-pariétale, la motilité et la sensibilité ont-elles des centres superposés ou séparés l'un de l'autre?

La seconde opinion était celle de Mills et de Monakov; la première était admise, notamment par Heuschen, par mon maître Dejerine, et dans ma thèse publiée en 1899, je l'ai soutenue. Je reconnais qu'aujourd'hui, des faits nouveaux viennent l'infirmer; nous devons admettre que les fonctions motrices et sensitives ne sont pas superposées sur le cortex.

Les mémorables expériences de Grunbaum et Sherrington sur les singes anthropoïdes ont établi, en effet, que la circonvolution frontale ascendante seule est excitable; la chirurgie moderne en a donné la confirmation par des excitations de l'écorce, au cours des trépanations à large volet; si la zone motrice frontale déborde sur le lobe pariétal, ce ne peut être que sur une petite étendue et en quelques points.

Mais si la localisation motrice semble à peu près établie, il n'en est pas de même pour la fonction sensitive; l'opinion la plus répandue admet qu'elle occupe un territoire distinct : la pariétale ascendante et la partie antérieure des première et deuxième pariétales. Pour d'autres auteurs, au contraire et pour Hartley en particulier, cette zone s'étendrait également sur la frontale ascendante et à ce niveau existerait une région mixte, à la fois motrice et sensitive.

Quel que soit l'aboutissant des voies afférentes sensitives, qu'elles se trouvent dans les circonvolutions pariétales seulement, ou dans une zone fronto-pariétale, il s'agit en outre de savoir, si les impressions sensitives sont reçues en totalité par ce même territoire cortical, ou s'il faut délimiter une série de zones secondaires sur lesquelles seraient enregistrées et élaborées séparément les diverses excitations centripètes?

Voici un exemple que j'ai recueilli récemment dans le service du professeur Bard, à l'Hôpital de Genève, et qui montre bien la complexité de cette question : un malade, âgé de 47 ans, en traitement pour une tuberculose ancienne, compliquée de poussées de gangrène pulmonaire, est atteint le 10 mai 1913 d'un affaiblissement progressif des membres gauches. En quatre jours, l'hémiplégie arrive à l'inertie complète, elle est flasque, les réflexes tendineux sont affaiblis, le signe de Babinski est positif. La face ne participe pas à l'hémiplégie. En examinant la sensibilité, on constate que la notion de position est perdue pour les membres paralysés, au point que le malade ne sait même pas si son avant-bras ou sa jambe sont en flexion ou en extension, ni quels mouvements on imprime à sa main ou à son pied gauches. Par contre, la sensibilité cutanée est indemne pour le contact, la douleur, la température; la fonction stéréognostique est conservée; il suffit, pour la mettre en action, de faire exécuter une palpation pas-

sive en refermant sur l'objet à reconnaître les doigts inertes et en leur imprimant des mouvements de va et vient. Dans ces conditions le malade nomme sans erreur une clé, un couteau, une montre, une pièce de monnaie, etc.

Pendant les jours qui suivent cet ensemble symptômatique persiste sans changement. La maladie fut de courte durée et une crise convulsive de quelques heures emporta le malade, le 29 mai. Je fais circuler une photographie qui montre dans l'hémisphère droit un abcès nettement limité, du volume d'une noisette dans la substance blanche sous-corticale, immédiatement sous la partie moyenne de la frontale ascendante,

Un examen histologique sera fait de ce cas, sur lequel je reviendrai plus tard. Certes un abcès, même localisé en apparence, n'est pas une lésion favorable pour la recherche des localisations cérébrales ; l'œdème qui l'entoure et s'étend assez loin doit entrer en ligne de compte. Comment nous expliquer cependant cette dissociation si singulière et si nette de la sensibilité supprimant les indications de la sensibilité profonde, et conservant la sensibilité cutanée au point que des doigts inertes, et dont la situation dans l'espace n'était plus repérée, sentaient et reconnaissaient les qualités extérieures d'un objet. Ou bien les sensations qui donnent la notion de la position segmentaire, suivent, dans la substance blanche sous-corticale, une voie distincte de celles du contact cutané, et aboutissent seules à la frontale ascendante; ou bien l'obstacle placé sur leur route a suffi pour arrêter la notion de position et a permis la transmission des sensations cutanées ; c'est-à-dire qu'il y a là soit une différence de localisation, soit une transmissibilité variable.

Je m'excuse d'avoir cité si longuement des observations personnelles : si j'ai pris cette liberté, c'est que pour l'étude d'un pareil sujet, il faut mettre à la base de la discussion les réalités cliniques et anatomiques, et ne s'aventurer que prudemment dans le domaine des déductions générales et des interprétations physiologiques. Sous cette réserve, bien des questions pourraient encore être soulevées à propos des anesthésies dans les hémiplégies.

C'est ainsi qu'on doit se demander pourquoi la restauration de l'anesthésie se fait plus rapidement sur la face, le tronc, et

toujours en partant de la ligne médiane pour gagner les membres par leur racine. Avec Frédéric Müller, on a fait intervenir, pour l'expliquer, l'hémisphère cérébral resté sain, et ainsi le problème s'est posé de la représentation bilatérale des fonctions sensitives sur l'écorce.

D'autre part, est-il impossible de concevoir les fonctions d'identification secondaire, la stéréognosie en particulier, comme prévalente sur un des hémisphères cérébraux, et d'établir un rapprochement avec les phénomènes d'apraxie.

Enfin, en considérant les variantes si déconcertantes que l'on constate dans une série d'observations d'anesthésie d'origine cérébrale, on en arrive à se demander si des conditions individuelles n'entrent pas en scène pour expliquer ces variations. Ceci ne paraît pas invraisemblable, lorsqu'on pense que la sensibilité est, plus encore que la motilité, soumise à des différences ethniques, professionnelles ou personnelles qui exercent leur influence, d'abord sur la symptomatologie de l'affection et sur son évolution. Toutes ces questions peuvent trouver place dans une discussion : incorporées dans un rapport, elles en étendraient par trop les limites. Aussi, je comprends que, devant l'ampleur du sujet qui lui était proposé, M. Monier-Vinard ait choisi un chapitre nettement limité concernant les problèmes les plus intéressants des troubles de la sensibilité.

M. Dupré (Paris) se félicite que M. Monier-Vinard ait été amené à faire dans son rapport de la psychologie. On ne peut faire de bonne neurologie sans faire de bonne psychiatrie.

Les travaux de Head et de Holmes sur les algies spontanées ont un vif intérêt. M. Dupré rappelle à ce sujet ses travaux sur les cénestopathies.

Le rapport de M. Monier-Vinard vérifie cette phrase de Binet : « Toutes les fois qu'on examine la sensibilité, on fait de la psychologie. »

M. Monier-Vinard. A l'occasion des deux intéressantes observations personnelles, M. Long nous rend le service de faire sentir par des faits concrets les difficultés que comporte l'analyse et l'interprétation des faits d'anesthésie.

Rien ne montre mieux quelles sont les difficultés de tech-

nique dans l'exploration des troubles sensitifs que l'exposé même des méthodes imaginées par Head. Celles-ci ne sont pas toujours d'une application aisée, maintes fois leur finesse trouve un premier obstacle dans l'affaiblissement des facultés mentales du malade auquel on voudrait les appliquer rigoureusement.

Comme le faisait remarquer judicieusement M. Dupré, l'étude des troubles de la sensibilité en général, et plus spécialement encore celle des perturbations sensitives d'origine cérébrale, nécessite de la part de l'observateur une affirmation exacte de l'état psychologique du sujet observé.

Cet état psychologique qui préside aux perceptions sensitives, au déterminisme de certaines de leurs modalités et de certaines de leurs variations, dépend non seulement de la lésion cérébrale au foyer, mais encore de la constitution mentale propre du sujet, de son éducation sensitive antérieure.... Ces derniers facteurs ne permettent pas d'appliquer à tous les sujets les mêmes procédés esthésiométriques : la délicatesse de certains d'entre eux serait sans objet, et pourrait même parfois conduire à des interprétations fausses.

La plupart des malades dont Head a rapporté les observations étaient d'un niveau intellectuel élevé. De ce fait il put enregistrer des perturbations sensitives délicates et arriver même à en mesurer le degré avec exactitude.

Nous n'avons pas toujours eu un matériel d'observation aussi remarquablement choisi que le sien, et la mise en pratique du baresthésiomètre, de l'esthésiomètre de von Frey nous fut impossible. Le plus souvent nous avons été obligé de recourir à des procédés d'investigation moins complexes, et mieux en accord avec nos conditions d'observation clinique. Mais il nous paraît pourtant que, malgré la simplification des méthodes, les troubles observés et enregistrés ont eu entre nos mains une netteté assez grande pour nous permettre de contrôler et de vérifier la formule générale que les auteurs anglais ont donnée des troubles de la sensibilité dans les affections cérébrales.

Il est inutile que nous rappelions de nouveau quelle elle est : mais, nous redisons combien nous a paru exact le fait de l'hyperéaction aux excitations douloureuses dans les hémi-

plégies thalamiques. D'autre part, nous pensons encore que dans les lésions corticales, la suggestibilité et l'affaiblissement de l'attention par la fatigue interviennent pour modifier le caractère et le degré d'un trouble sensitif quelconque. Il est capital, surtout dans l'examen des malades de cette catégorie, de tenir compte de ces facteurs pour constituer le schéma définitif de leur perturbation anesthésique.

Les deux observations de M. Long établissent avec évidence que la formule générale des troubles de la sensibilité suivant le siège des lésions ne saurait être érigée en loi rigoureuse. Sur ce point nous sommes complètement en accord avec lui : si l'hyperéaction aux excitations effectives se voit dans les lésions thalamiques, elle se rencontre encore dans le cas de foyers sous corticaux étendus (Head), et on l'a même observée dans des altérations de la calotte des pédoneubes (Raymond et Cestan).

Aussi, il est utile que des faits comme les siens invitent à ne pas considérer comme étroitement liée à la lésion d'un point unique du névraxe, l'existence d'un tel trouble.

Aussi nous nous joignons à lui pour apporter à la formule générale les restrictions que les faits imposent, mais nous retiendrons aussi de son exposé qu'il considère comme exact le schéma général que nous avons esquissé des perturbations sensitives dans les lésions corticales et dans les lésions thalamiques.

TROISIÈME QUESTION

DES INDICATIONS OPÉRATOIRES

CHEZ LES ALIÉNÉS

AU POINT DE VUE THÉRAPEUTIQUE ET MÉDICO-LÉGAL

Rapporteur : Docteur LUCIEN PICQUÉ, DE PARIS

Les médecins et chirurgiens se sont appliqués depuis quelques années à poursuivre la folie dans ses foyers d'origine extra-cérébrale.

Ils n'ont fait ainsi que suivre la voie qui leur avait été ouverte depuis un siècle par les psychiatres français. Esquirol, Marcé, Morel, Baillarger, s'appuyant sur la clinique ont mis en lumière, on le sait, le rôle de la périphérie dans la genèse de la folie.

Le rapporteur expose dans son travail la méthode qu'il a adoptée pour ses recherches. Il a étendu sa sphère d'observation de l'asile à l'hôpital pour y faire rentrer les psychopathies au début et étudier ainsi tous les psychopathes qu'ils soient ou non internés. La méthode de l'auteur comporte une connaissance exacte du malade au point de vue mental, une étude de clinique et de physiologie pathologique destinée à fixer exactement les rapports de la lésion avec la maladie mentale, l'emploi scientifique du procédé statistique qui permet d'établir sur des bases certaines les conditions de la guérison mentale et les résultats, enfin le contrôle de ceux-ci (coïncidence, retards de guérison, échecs ou récidives) et leur interprétation.

Toutes les observations sont soumises au contrôle des psychiatres.

En outre, c'est de l'opposition entre les indications ou contre-indications chirurgicales et mentales que le chirurgien doit déduire la vraie indication ou contre-indication qui est à la base de la chirurgie des psychopathes.

Il faut établir tout d'abord le rôle de la lésion dans la genèse de la folie.

L'auteur envisage successivement et soumet à la critique l'opinion des auteurs sur les rapports de l'utérus, du corps thyroïde et du rein mobile avec les troubles mentaux.

Longtemps on a admis la prépondérance des affections de l'utérus et des annexes dans la genèse de la folie d'où résultats déplorables des interventions systématiques. En ce qui concerne l'utérus, aucune des théories qui semblent consacrer le rôle spécifique de l'appareil génital de la femme ne mérite d'être conservée.

Pour ce qui est du goitre, malgré les travaux de Poncet et de son école, il est encore prématuré de formuler à l'heure actuelle des conclusions précises touchant l'influence de la chirurgie sur les troubles psychiques qui accompagnent le goitre exophtalmique ou les tumeurs du corps thyroïde. Il faut tout d'abord établir cliniquement l'origine thyroïdienne des troubles mentaux en étudiant leurs caractères propres, les comparant au contenu des psychoses toxiques, en précisant enfin le moment de leur apparition et l'évolution parallèle des lésions locales et des troubles mentaux.

La question du rapport du rein mobile et des troubles mentaux a été beaucoup étudiée à l'étranger depuis quelques années. L'auteur expose le résultat de ses recherches avec son élève Gheorghiu (1). D'après lui la fréquence du rein mobile chez les aliénés a été très exagérée.

La théorie toxémique d'origine purement mécanique ne saurait être admise et l'altération du parenchyme, primitive ou consécutive au déplacement, doit être considérée comme la condition essentielle du délire; dans ces conditions la chirurgie ne peut être que prophylactique.

L'indication opératoire doit chez l'aliéné viser la suppression d'une lésion véritable considérée comme la cause du délire.

L'auteur s'attache à démontrer, tout d'abord, l'origine extracérébrale du délire qui conduit à la première indication. Il établit le rôle important de l'infection des organes et des tissus dans l'évolution de certains délires, et arrive ainsi à une conception particulière du délire périphérique (délire transitoire dans le syndrome de la septicémie générale, confusion mentale simple dans les affections fébriles).

(1) Voir *Encéphale*, 10 juillet 1913.

Il insiste surtout sur les états mélancoliques et les états infectieux chroniques et latents d'origine chirurgicale (délire mélancolique ou hypocondriaque dans les infections chroniques de l'appareil génital de la femme).

Il admet ainsi l'existence d'un foyer d'infection chronique à la base de certains délires d'origine périphérique.

Parfois ce foyer est difficile à situer, et, dans ce cas, on est exposé à attribuer aux troubles accusés une origine cérébrale.

En outre, de la notion d'infection, quelques aliénistes, rappelle M. Picqué, admettent un élément spécial dans la genèse périphérique de l'idée délirante. Il existe quelques formes d'hypocondrie symptomatique qu'on peut détacher à l'heure actuelle du cadre de l'hypocondrie essentielle.

La preuve thérapeutique établie d'après la méthode chirurgicale peut seule permettre de fixer l'origine extra-cérébrale du délire.

En étudiant le rôle d'une lésion périphérique dans la genèse du délire il faut tenir compte de la prédisposition héréditaire et du terrain pathologique. L'auteur étudie le terrain hystérique et le terrain hypocondriaque. Une intervention chirurgicale peut supprimer chez l'hystérique les manifestations fonctionnelles périphériques et centrales, liées à une lésion chirurgicale bien nette.

Aucun fait n'autorise à penser que le terrain hystérique puisse être modifié par une intervention chirurgicale.

Chez l'hypocondriaque la douleur est le plus souvent hors de proportion avec le substratum organique sous-jacent.

Quelle est la méthode thérapeutique à utiliser ? Elle varie selon l'état mental du malade. Parfois il y a une indication opératoire spéciale, différente et souvent opposée à l'indication chirurgicale ordinaire.

Il faut aussi savoir choisir sa technique opératoire et éviter, par exemple chez les hypocondriaques, les opérations palliatives qui déterminent des infirmités permanentes et souvent écœurantes.

Le rapport se termine par un important chapitre : *des indications opératoires au point de vue médico-légal*.

Le malade n'est pas *compos sui* pour donner l'autorisation. On la demande à la famille, si elle refuse, le chirurgien s'abstient contrairement à l'intérêt des malades. Souvent la famille est inintelligente ou obéit à des motifs honteux.

La société qui exerce ses droits de protection légale sur les biens de l'aliéné est dépourvue d'action sur le maintien de sa

sa santé. On peut interdire même l'examen des organes profonds (la ponction lombaire).

A la demande de M. Picqué, la Société de médecine légale a, il y a dix ans, étudié cette importante question. L'effort considérable tenté depuis cette époque n'a pas abouti.

Le rapporteur espère que le Congrès fournira aux législateurs les éléments nécessaires pour l'orienter vers des solutions utiles.

Discussion :

M. LAGRIFFE (Auxerre). — La chirurgie des aliénés est d'autant plus délicate que trop souvent le bistouri du chirurgien se retourne contre lui-même.

A l'appui de cette remarque M. Lagriffe rappelle un cas qu'il a déjà cité dans son travail sur le délire d'interprétation (Ann. médico-psychologiques). Il s'agit d'un individu qui alla trouver un chirurgien pour des troubles assez vagues de la sphère génitale dont il attribuait l'origine à un varicocèle à peine marqué. Lui-même insistait pour que ce varicocèle fût opéré. Le chirurgien fit l'opération qui n'était ni utile, ni nécessaire. Les troubles vagues ne cessèrent pas; le malade poursuivit le chirurgien de ses plaintes et de ses récriminations ; il finit par l'accuser de l'avoir rendu stérile et le tout se termina par un coup de revolver heureusement sans suite aucune. Reconnu irresponsable, le malade fut interné. C'était un constitutionnel qui n'avait pas exercé moins de douze professions, et qui présentait un type très complet de délire d'interprétation dont la base principale était constituée par des préoccupations hypocondriaques dont le désir d'une opération chirurgicale n'était qu'un des éléments. Ces préoccupations n'étaient d'ailleurs pas sans fondement.

Peu de temps après son internement, en effet, le malade mourait d'un cancer du rectum haut placé.

M. RÉGIS. — Je demande à mon ami M. Picqué, qui sait toute mon estime pour lui et toute mon admiration pour ses travaux, de me permettre de critiquer son rapport au Congrès.

Et d'abord, je crois qu'il n'a pas exactement traité la question telle qu'elle était dans notre esprit.

Charger un chirurgien spécial d'étudier « les indications opératoires chez les aliénés au point de vue thérapeutique et médico-légal », c'était évidemment lui demander d'exposer,

dans une esquisse large et complète, ce que peuvent avoir de particulier les affections chirurgicales chez les aliénés au point de vue de leur fréquence comparative, des difficultés de leur diagnostic, de leur pronostic, des résultats de leur traitement, opératoire et non opératoire, des règles administratives et médico-légales qui doivent présider aux interventions chirurgicales en pareil cas, suivant que le sujet est ou non interné, interdit, qu'il donne ou non son consentement, etc. Chirurgien, le rapporteur devait envisager exclusivement le sujet au point de vue chirurgical.

Or, M. Picqué, concevant tout autrement sa mission, s'est essentiellement attaché à examiner l'influence des diverses opérations chirurgicales sur les états psychopathiques et les conditions dans lesqueslles la chirurgie doit intervenir dans le but d'agir favorablement sur ces états psychopathiques. C'était traiter le sujet, non plus en chirurgien, mais en psychiatre.

Car, il est nécessaire de l'affirmer une fois de plus, le fait de préciser et de dire dans quels cas, d'ailleurs restreints, de maladies psychiques, le chirurgien doit intervenir opératoirement dans le but de tenter de les guérir, relève avant tout du psychiatre. La possibilité d'une influence heureuse en l'espèce suppose en effet une corrélation entre l'affection mentale et l'affection chirurgicale qui échappe au chirurgien et que, seul, le psychiatre est apte à déterminer. Et ce qui le prouve, c'est que le psychiatre est précisément consulté tous les jours par les chirurgiens les plus éminents sur la très délicate question de savoir si une opération a des chances d'améliorer un trouble nerveux ou mental déjà existant, si elle ne risque pas, au contraire, de l'aggraver, ou encore si elle est susceptible de provoquer un trouble nerveux ou mental chez un individu plus ou moins déséquilibré, mais non encore aliéné.

Comment, dans ces conditions, un Congrès d'aliénistes eut-il pu charger un chirurgien de résoudre seul et sans la collaboration d'un aliéniste, une question de psychiatrie, journellement posée aux psychiatres par les chirurgiens eux-mêmes?

A mon avis, M. Picqué, quoique le plus expérimenté et le plus sage des chirurgiens d'aliénés, a subi dans une certaine mesure cet entraînement, si tentant pour la merveilleuse chirurgie moderne, de vouloir guérir la folie par la chirurgie.

Son rapport, bien que des plus intéressants, ne pouvait évidemment que se ressentir de cette pensée.

Je ne m'attarderai pas à le critiquer en détail, me bornant simplement aux quelques réflexions suivantes.

En maints endroits de son étude, M. Picqué expose des idées, non pas chirurgicales, mais psychiatriques, des plus contestables. Je citerai notamment (p. 6 et 7) les passages où, partant de ce principe, absolument erroné, nous l'avons vu, que « c'est à la recherche des indications opératoires d'ordre mental que le chirurgien doit naturellement s'appliquer », il oppose, vis-à-vis du délire transitoire, la conception de la chirurgie à celle de la psychiatrie, et parle de délires transitoires « considérés comme permanents, tellement ils sont prolongés », ou des délires transitoires à systématisation prononcée.

Je citerai aussi ce qu'il dit (p. 27) de la forme classique du délire infectieux, composée de confusion mentale et d'onirisme, et appelée par lui « le délire total ».

En ce qui concerne l'action curative de la chirurgie dans la folie, M. Picqué soutient (p. 7) que, « lorsqu'un délire transitoire relève d'une cause chirurgicale facilement appréciable et cède à l'intervention, on ne manque pas d'invoquer une erreur de diagnostic et de déclarer qu'il s'agit de faux aliénés. » L'argument pourrait, ce semble, lui être retourné, car il a porté parfois à l'actif de l'intervention des guérisons qui, très vraisemblablement, ne lui appartenaient pas.

Parmi les cas auxquels je fais allusion, je rappellerai seulement celui résumé à la p. 31, d'une malade de 27 ans, atteinte de confusion mentale avec agitation très vive, qui, opérée le 17 mars d'une appendicite chronique greffée sur un état intestinal ancien, guérit au mois d'octobre suivant.

Attribuer la guérison d'une confusion mentale à une intervention chirurgicale, alors que sept mois se sont écoulés depuis cette intervention, et que la confusion mentale est une psychose qui guérit le plus souvent par une thérapeutique ordinaire et dans le même laps de temps, c'est, on en conviendra, un peu excessif.

Évidemment, il faudrait des observations beaucoup plus probantes pour entraîner la conviction.

Mais je ne veux pas, je le répète, entrer plus avant dans la discussion des faits eux-mêmes.

Ce qui importe ici, ce qui domine le débat, c'est la question du rôle de la chirurgie en psychiatrie.

Certes, je suis, comme beaucoup de psychiatres, partisan résolu d'une meilleure et plus complète organisation chirurgicale dans les asiles d'aliénés [1]. Mais j'estime que, sous peine de confusion de pouvoirs et d'abus, comme il s'en est produit naguère aux États-Unis, le chirurgien ne doit opérer des aliénés que lorsqu'il s'est mis pleinement d'accord avec le psychiatre, et pour des raisons purement chirurgicales. Ce n'est pas à lui, étranger à la psychiatrie, mais à ce dernier, qu'il appartient de déterminer les raisons psychiâtriques de l'intervention et de préciser les cas où il peut y avoir lieu de tenter une opération en vue de guérir une psychose existante.

Ces idées là, qui ne sont d'ailleurs pas seulement les miennes, il s'en faut, et qui représentent l'opinion de la grande majorité de mes collègues, je les ai déjà exprimées depuis fort longtemps et je ne saurais mieux faire, en terminant, que de les reproduire ici :

« La chirurgie, particulièrement la chirurgie gynécologique, ne doit intervenir chez les aliénés que pour des raisons exclusivement chirurgicales et dans les conditions mêmes où elle aurait à intervenir chez les individus sains d'esprit, ni plus, ni moins. Si, sous l'influence d'un mécanisme qui reste encore à élucider, l'opération pratiquée est suivie pour le surplus de la guérison ou de l'amélioration de l'état psychique, rien de mieux; mais, en dehors de certains cas, d'ailleurs fort rares et qu'il appartient à l'aliéniste d'indiquer, après observation attentive, l'opération ne saurait avoir pour objet de guérir la folie.

« C'est donc à tort et en sortant manifestement de son rôle que la gynécologie se laisserait aller à multiplier les interventions chez les aliénés sans indications opératoire formelle, et tenterait de tracer les règles de ces interventions dans les différentes formes de psychopathies, d'après leur action supposée sur l'état mental.

« Agir de la sorte serait vouloir faire de la chirurgie ce

1. Précis de psychiatrie, 5e édition, p. 650-651.

qu'elle ne peut et ne doit pas être : un moyen de traitement de la folie » [1].

J'ai assez de confiance dans la largeur d'esprit, la sage expérience et la prudence de notre Rapporteur, pour penser qu'il fera siennes des idées si justes, et que ce sont celles qu'il inculquera aux jeunes chirurgiens d'asiles qu'il sera appelé à former. Il y va à mon sens, de l'avenir de la chirurgie des aliénés.

M. Dide (de Toulouse) a admis au début de sa carrière l'influence des lésions périphériques sur la production des troubles mentaux, mais plus il observe plus il est persuadé, à l'heure actuelle, que la périphérie n'a pas d'influence dans la genèse de la folie.

Il ne croit pas que le délire hypocondriaque par exemple, puisse relever de la chirurgie et il pense que lorsque la guérison survient on ne peut admettre une relation de causalité.

M. Dupré (de Paris). Au point de vue du titre même du rapport, l'orateur aurait désiré que celui-ci comprenne l'étude des contre-indications opératoires et que le terme aliénés, qui n'a qu'une valeur légale et administrative, soit remplacé par celui de psychopathes.

Dans une observation résumée (page 22) relative à une malade atteinte de rein mobile M. Dupré critique le titre neurasthénique employé pour caractériser son état.

Il trouve également qu'on abuse peut-être de la psychothérapie. Pourquoi ne pas admettre dans le cas cité par M. Picqué la guérison spontanée?

M. Dupré regrette que M. Picqué n'ait pas donné à l'intermittence une place suffisante dans l'interprétation des guérisons après les opérations.

Il eut voulu que le Rapporteur étudie les douleurs cénéstépathiques, les délires de possession, la folie opératoire et réserve une place à l'étude des malades qui persécutent les opérateurs.

Il eut été encore intéressant d'opposer à l'infection que

1. Précis de psychiatrie, 3e, 4e et 5e édition.

provoque le délire, l'infection qui guérit certains délirants chroniques.

M. le professeur Ballet (de Paris), trouve que du côté des opérations et des aliénistes la terminologie est défectueuse et demande à M. Picqué de lui faire à ce point de vue quelques critiques.

Il comprend mal le terme aliénés, mais il comprend moins encore celui de faux aliénés et il prie le rapporteur de lui donner une explication sur ce point.

Que valent d'autre part les dénominations de mélancolie et de manie signalées dans quelques unes de ses observations? Le professeur Ballet rappelle l'opinion qu'il a souvent émise sur les rapports de la confusion mentale avec la mélancolie et la manie.

Il demande encore à M. Picqué de préciser les termes qu'il a employés de délire systématisé et d'hypochondrie. Au sujet d'une observation que M. Régis a critiquée et dans laquelle la guérison lui a paru trop tardive pour être considérée comme le résultat de l'intervention, M. Ballet rappelle les lésions que présentent dans l'infection les cellules cérébrales. Il admet parfaitement, que le retour à l'état normal puisse tarder plusieurs mois.

En conséquence, le retard de la guérison ne saurait pour lui être invoqué dans le cas dont il s'agit comme un argument contre le rôle de l'action opératoire. M. Ballet termine en exprimant le vœu que les chirurgiens et les psychiatres, au lieu de rester chacun sur leurs positions, étudient ensemble la question des rapports de la chirurgie et de la psychiatrie.

M. Jacquin (de Bourg) pense que M. Picqué a peut-être un peu trop assombri la question du traitement des aliénés au point de vue légal. Pour lui la loi de 1838 n'apporte aucun obstacle à ce point de vue et il invoque l'opinion de Maxvell.

M. Picqué remercie ses collègues d'avoir bien voulu prendre la parole sur son rapport et s'applique à répondre à toutes les critiques qui ont été formulées.

A. M. Lagriffe. Le cas que vient de nous rapporter M. Lagriffe appartient à une catégorie de faits aujourd'hui

bien connus, ceux-ci doivent être envisagés dans le chapitre des contre-indications opératoires.

Ce sont des malades persécutés qui deviennent persécuteurs. M. Picqué rappelle le cas du Professeur Delpech, de Montpellier, qui au moment de monter dans sa chaire fut assassiné par un étudiant en médecine qu'il avait opéré de varicocèle.

A M. Régis. En ce qui concerne le titre du rapport, M. Picqué, avant de commencer son travail a interrogé les membres du comité, pour connaître exactement leur pensée. Or c'est bien le rôle de la chirurgie dans la thérapeutique des maladies mentales, dont ils ont voulu confier l'étude au chirurgien des asiles. M. Picqué dit encore, que le titre du rapport a subi dans la presse quelques modifications : celui qu'il a mis en tête de son étude lui a été transmis officiellement par M. Semelaigne.

L'observation de M. Régis répond à une conception particulière sur le rôle du chirurgien chez les aliénés. Pour lui, celui-ci doit se borner à un rôle d'opérateur et c'est l'aliéniste qui doit établir les indications.

Que doit-on penser?

M. Picqué a depuis longtemps enseigné et écrit que la chirurgie doit être en tutelle, c'est-à-dire qu'elle doit s'inspirer constamment de la science psychiatrique. Dans certains cas cependant, le chirurgien contrairement à l'opinion exprimée par M. Régis, est seul compétent pour formuler une opinion sur les indications opératoires. C'est ainsi du reste que l'ont compris certains médecins distingués des Asiles de la Seine, dans des observations rapportées dans ce travail.

Certes, au début de sa pratique, ignorant encore tout de la psychiatrie il s'appuyait exclusivement sur l'opinion des aliénistes. Or, voilà 29 ans qu'il étudie les rapports entre certains troubles mentaux et la périphérie et il a un peu le droit aujourd'hui d'invoquer l'expérience qu'il a acquise. M. Régis fait allusion aux dangers que l'extirpation totale du goitre fait courir aux malades et semble trouver dans ce fait un argument en faveur de sa thèse, mais le Rapporteur lui objecte que c'est un chirurgien, Reverdin, de Genève, qui a décrit la

cachexie strumiprive conséquence de l'extirpation totale. M. Picqué s'applique à répondre aux critiques de détail que M. Régis lui a adressées.

1° M. Régis désire que le terme : délire viscéral soit substitué au terme de délire périphérique employé par M. Picqué. Le rapporteur fait observer que la remarque serait recevable, s'il n'avait étudié que les délires provenant des altérations d'organes et de viscères abdominaux, mais il a eu l'occasion d'observer des délires provenant des divers tissus du membre inférieur, dermatites, phlegmons divers ! Le terme périphérique s'adapte mieux à la généralité des cas.

2° En ce qui concerne la question d'historique rappelée M. Picqué l'a étudiée longuement dans son livre.

Si Hippocrate s'est en effet occupé des délires d'origine viscérale, c'est particulièrement Galien qui a été au IIe siècle le fondateur de l'école somatique, école à la fois médicale et philosophique.

Le médecin de Pergame cherchait dans la pathologie, la confirmation de la doctrine d'Aristote.

A vingt siècles de distance, Cabanis reprenait les idées du grand philosophe de l'antiquité et jetait les bases de la psychologie objective dont s'inspiraient Esquirol et les aliénistes du commencement du siècle.

3° M. Régis, argumentant l'observation d'un cas de guérison mentale, à la suite de l'ablation de l'appendice, trouve que l'action de la chirurgie est fort contestable parce que la guérison est survenue seulement après plusieurs mois (1). M. Picqué rapporte alors ses scrupules personnels : dans son chapitre « Méthode chirurgicale en médecine mentale » voir psychopathies et chirurgie, il a en effet beaucoup insisté sur la rapidité de la guérison, qui lui paraît nécessaire pour affirmer l'action de la chirurgie. C'est son collègue Capgras, dont la compétence ne saurait être mise en doute, qui, après une longue discussion a jugé que malgré le temps qui s'est écoulé entre la guérison et l'opération, on devait néanmoins accepter dans ce cas le rôle de l'acte opératoire.

(1) Il y a une erreur d'impression au sujet de la date de l'opération : c'est le 17 mai et non pas le 17 mars.

4° Au point de vue de l'alitement, il existe entre M. Régis et le Rapporteur une divergence qu'il convient d'expliquer.

L'alitement psychiatrique est considéré par M. Magnan et son école, comme le traitement de choix de certaines mélancolies. D'autre part, l'alitement chirurgical provoque très nettement chez certains malades des accès de mélancolie au point qu'il fait renoncer chez ces malades aux procédés de la chirurgie conservatrice qui les condamnent au lit et recourir aux opérations sanglantes. Nous avons fait à cet égard un travail avec M. Juquelier pour étudier cette question et nous y avons montré, que d'abord les formes de la mélancolie diffèrent dans les deux cas, et que d'autre part l'alitement chirurgical est permanent, tandis que M. Magnan fait lever ses malades une heure ou deux dans la journée.

5° M. Régis demande comment M. Picqué comprend le délire transitoire et permanent. La réponse est facile! dans le cas du cœcum tuberculeux présenté par mon collègue Leroy, à la Société de psychiatrie, le délire durait depuis 8 mois, il eut duré davantage si l'abcès ne s'était pas produit! et cette permanence qui n'était qu'apparente, puisqu'elle a disparu après l'opération, aurait pu faire croire à l'incurabilité.

En réalité si la malade avait été opérée plus tôt, ce délire qui semblait permanent eut été un simple délire transitoire, puisque sa durée eût diminué d'autant.

Il y a là un point qui m'a paru intéressant à mettre en relief.

6° M. Régis demande ce que le rapporteur appelle total, dans le délire onirique avec confusion mentale.

M. Picqué appelle délire total pour le distinguer le délire onirique et non la confusion mentale du délire partiel des hypocondriaques par exemple et des malades atteints de délire d'interprétation.

7° En terminant M. Picqué tient à s'associer entièrement aux critiques formulées par le savant professeur de Bordeaux contre les abus de la chirurgie des aliénés. Mais ces abus, que le rapporteur connaît bien et qu'il déplore, ne peuvent constituer un argument contre cette chirurgie elle-même.

Tous ceux qui ont l'honneur d'être comme M. Régis chargés d'un enseignement officiel dans une grande faculté,

doivent justement s'appliquer à montrer aux jeunes qui veulent s'engager dans cette voie ce que cette spécialité exige de connaissances générales et de qualités morales.

A M. Dupré. M. Picqué regrette en effet que le comité n'ait pas soumis à l'étude, la question des contre-indications opératoires. Au début de son rapport. Il n'a pas manqué de montrer son importance, en déclarant nettement que l'étude des contre-indications d'ordre mental devait précéder chez les psychopathes celle des indications opératoires (page 9) et que prévenir la psychose avant de chercher à la combattre était le postulat sur lequel doit reposer toute la chirurgie des aliénés.

Quant au terme d'aliéné, M. Picqué apprécie la remarque de M. Dupré qui voudra bien reconnaître que dans le cours de son travail, il a eu presque toujours recours au terme de psychopathe.

En ce qui concerne l'observation d'une neurasthénique, M. Picqué reconnaît que cette dénomination est mauvaise : cette observation est une de ses plus anciennes et il ne s'est pas cru le droit d'en changer le titre.

Il admet encore comme très possible la guérison spontanée ; en parlant de la psychothérapie, il a surtout voulu dire qu'il avait guéri le malade sans opération.

Le Rapporteur, en ce qui concerne l'intermittence, n'a peut-être pas suffisamment mis en relief dans son rapport cette notion si importante, en effet, pour juger la valeur des opérations, mais il en a tenu un juste compte dans sa méthode chirurgicale et récemment encore dans son travail sur le rein mobile, il y est revenu pour apprécier la valeur des guérisons annoncées à l'étranger.

M. Picqué tient encore à répondre à M. Dupré : 1° qu'il n'a pas parlé des cénestopathies parce que M. Dupré a insisté lui-même sur ce fait, que ces malades ne présentaient pas de troubles mentaux. Leur étude ne rentre donc pas dans le cadre du rapport. 2° Qu'il n'a pas fait allusion aux malades persécuteurs des chirurgiens, parce que leur étude appartient au chapitre des contre-indications opératoires.

3° Qu'il n'a pas fait de chapitre à part pour les délires de possession, parce que, jusqu'ici, nous ne possédons aucun cas de guérison.

Quant à la question des folies opératoires, M. Picqué l'a autrefois étudiée, dans la thèse de son interne Mallet et il a actuellement dans son service un cas bien intéressant.

Il lui a semblé, peut-être à tort, que cette étude ne rentrait pas non plus absolument dans les limites de son rapport.

Le rôle de l'infection provoquée et envisagée dans son action curative a dès le début de ses études beaucoup préoccupé le Rapporteur.

En effet, il paraissait difficile de concilier l'idée d'une infection provocatrice du délire avec la donnée d'une infection pouvant le guérir.

J'ai fait faire une enquête par un de mes internes, que j'avais prié d'étudier cette question et d'en faire l'objet de sa thèse inaugurale.

En effet, à cette époque, on traitait encore la paralysie générale par l'application de séton à la nuque, c'est-à-dire par la méthode de l'infection provoquée. Parfois des délires en apparence chronique guérissent à la suite d'une infection pulmonaire.

Aujourd'hui on connaît mieux les rémissions dans l'évolution de la paralysie générale et l'on n'a plus besoin du séton pour les expliquer.

D'autre part, les cas de guérison à la suite d'infections pulmonaires sont considérés par beaucoup comme des cas de coïncidence.

En tout cas l'enquête de mon interne fut négative et après avoir consulté successivement tous les médecins aliénistes de la Seine, il dut renoncer à son travail,

Il me prouvait d'ailleurs quelques mois après par la publication d'une thèse remarquable faite sans mon inspiration ses sentiments d'attachement à mon égard.

A M. le Professeur Ballet. M. Picqué est d'accord avec M. Ballet sur l'utilité d'une terminologie :

Dans le cours des stagiaires qui lui a été confié par la Faculté à l'hôpital Lariboisière, depuis 5 ans, il insiste constamment devant les élèves sur la nécessité de préciser les termes en chirurgie.

J'ai défini le terme faux aliéné, dans la note de la page 27 :

c'est le malade qui vient à l'asile, par une erreur de diagnostic, tel le cas d'une angine de Ludwig avec délire, qui est venu dans mon service. Le terme est peut-être mauvais ! j'accepte d'autant plus la critique, qui m'est faite que c'est moi qui l'ai introduit dans le langage courant.

A mes yeux, c'est un euphémisme que j'emploie, pour éviter le terme désobligeant d'erreur de diagnostic.

Je ne demande pas mieux que d'y renoncer. En ce qui concerne la mélancolie et la manie, je connais bien l'opinion de mon éminent collègue, qui l'a souvent développée à la Société de Psychiatrie : mais si les termes que j'ai employés n'ont pas la précision nécessaire, le reproche ne m'atteint qu'indirectement, puisque je n'ai fait que reproduire le diagnostic qui m'a été fourni et que je n'avais pas le droit de modifier. J'en dirai de même en ce qui concerne l'hypocondrie.

En parlant de la systématisation du délire, je n'ai pas voulu invoquer le délire systématisé qui en représente le dernier terme et qui en effet est incurable.

J'ai fait allusion à des systématisations incomplètes qui peuvent faire croire à l'incurabilité surtout quand le délire a une permanence apparente.

Il est des cas qui peuvent ainsi guérir après l'intervention.

Je remercie M. Ballet d'avoir bien voulu appuyer les conclusions de M. Capgras au sujet de l'observation dont a parlé M. Régis et d'avoir rappelé ses études et celles de son élève Maurice Faure, sur les modifications de la cellule cérébrale dans l'infection. J'ai été heureux de l'entendre affirmer devant nous, que la *restitutio ad integrum* peut demander un certain temps,

En terminant, le Rapporteur est particulièrement reconnaissant à son éminent collègue des paroles qu'il a prononcées sur les rapports qui doivent exister entre les chirurgiens et les psychiatres.

C'est une collaboration intime souhaitée par le professeur Ballet, qu'il appelle lui-même de tous ses vœux, parce que seule elle lui paraît susceptible de fournir des résultats scientifiques utiles.

A. M. Jacquin de Bourg, M. Picqué répond qu'en effet la loi de 1838 n'empêche pas le traitement des aliénés ! Mais

aucune disposition n'autorise le médecin à les soigner, c'est de là que viennent les obstacles.

Voilà le vrai point de vue qu'il faut envisager. J'ai dit et je répète que l'examen même des malades est impossible.

Si un examen pelvien nécessaire exige l'usage du chloroforme, la famille peut refuser.

Si une ponction lombaire est suivie d'accidents paralytiques, la responsabilité du médecin se trouve engagée gravement. M. Maxwel a bien dit que la loi suffisait, mais un administrateur aux biens que j'ai autrefois questionné à ce sujet, m'a déclaré qu'il ne voulait en aucune façon intervenir dans les questions de ce genre et M. Maxwell a bien reconnu lui-même qu'une modification de la loi serait nécessaire.

COMMUNICATIONS

COMMUNICATIONS

Application des pesées à l'étude physiologique et pathologique du tonus musculaire.

par le Docteur PAILHAS, (d'Albi).

Il semble à priori que, passivement abandonnés sur les plateaux d'une balance, des membres sains ou des membres affectés de troubles moteurs (paralysies flasques, spasmodiques; contractures, états catatoniques, etc., puissent manifester, par rapport aux poids qui leur font équilibre, certaines réactions différenciées et plus ou moins caractéristiques.

De fait, l'expérience m'a démontré que, tout particulièrement, le tonus musculaire, soumis à cette épreuve des pesées métriques, fournissait des résultats dont pouvaient très utilement s'emparer la physiologie et la clinique. Et ce sont de ces résultats que tendent à exprimer synthétiquement les propositions suivantes :

1° Tout membre musculeux ou segment de membre, abandonné à la plus complète inertie sur l'un des plateaux d'une balance, trouve spontanément, pour l'équilibrer, le poids qui lui est le plus exactement adapté. Et à ce poids, qui est l'expression la plus précise du tonus musculaire de ce membre ou segment de membre, correspond ce qu'on peut appeler le *centre d'adaptation tonique* ou, plus simplement, le *centre tonique* des muscles intéressés.

2° Il est à remarquer toutefois que, contrairement aux corps bruts, et en vertu d'une plasticité d'adaptation indépendante de l'effort ou d'une participation soutenue de tout facteur de motricité autre que le tonus, l'équilibration ainsi obtenue possède la faculté de s'étendre en deçà et au-delà du centre de tonicité et dans les limites qui, variables, constituent la *zone d'adaptation tonique*.

3° Passée cette zone d'adaptation, le plateau de la balance qui supporte le membre est, par additions ou retranchements successifs de poids sur le plateau adverse, progressivement entraîné à se déniveler (par abaissement ou soulèvement) jusqu'aux limites extrêmes de son levier. C'est là le *parcours de dénivellement.*

4° L'étendue de la zone d'adaptation tonique et celle du parcours de dénivellement ont pour mesures la différence des poids correspondant à leurs délimitations inférieures et supérieures.

5° L'expérience semble démontrer que cette étendue de la zone d'adaptation tonique et du parcours de dénivellement suit parallèlement et dans le même sens les variations en plus ou en moins du tonus musculaire.

6° Par contre, ces variations du tonus s'effectuent en sens inverse de la gradation des poids qui déterminent les centres d'adaptation tonique. Et de telle sorte que l'on voit un centre s'élever, en valeur tonique, dans la mesure où décroit le poids qui lui correspond.

7° Le centre d'adaptation tonique semble pouvoir être considéré comme occupant exactement le milieu de la zone d'adaptation et du parcours total de dénivellement, et aussi comme représenté par la moyenne des poids exprimant les limites de cette zone et de ce parcours.

8° Deux membres symétriques (tels les deux bras ou les deux jambes) maintenus semblablement sur les plateaux d'une balance tendent à se faire équilibre tant que leurs poids respectifs n'ont pas outrepassé les limites de leurs zones d'adaptation.

9° Au cas de nivellement des membres soumis de la sorte à l'examen, c'est dans les conditions ci-dessus énoncées et ayant trait au centre d'adaptation tonique, à la zone et aux parcours de dénivellement, qu'il y aura lieu de rechercher, plus particulièrement dans l'ordre pathologique, les différences par excès ou par défaut du tonus de chacun d'eux.

Discussion :

M. Crocq (Bruxelles). — Il n'y a pas de comparaison entre

un membre flasque et un membre relié au tronc par des muscles en état d'hypertonicité.

En hypertonicité, le membre pèse son poids minimum; en atonicité, son poids maximum; avec un tonus normal, son poids moyen.

Correction du Traitement bromuré des crises convulsives par l'adjonction de Bleu de Méthylène (Bromocyanine).
par M. le Docteur Henri AIMÉ, (de Paris).

L'action d'un médicament est-elle plus efficace lorsqu'elle est plus rapide? Telle est la question que nous nous étions posée depuis longtemps à propos du traitement des crises nerveuses et, en particulier, des crises d'épilepsie. Loin de lui répondre affirmativement, nos observations nous ont conduit à une donnée différente.

Sans vouloir essayer d'une médication héroïque des épilepsies, nous avons tenté d'agir sur ses manifestations convulsives et l'état de mal en espérant transporter au plus vite sur la zone excitomotrice l'agent thérapeutique sédatif usuel, le bromure. Comme vecteur nous avons choisi le bleu de méthylène, dont la diffusibilité et l'affinité histologique pour le système nerveux sont connues.

Nous l'avons associé au bromure de potassium ou de sodium dans la proportion moyenne d'une partie pour neuf parties de bromure, sous forme de cachets et dans des injections de sérum glucosé. Cette combinaison, dite Bromocyanine, a été expérimentée dans les services d'épileptiques de l'asile d'aliénés de Maréville et dans la clientèle privée.

Il ne nous a pas été possible de noter exactement les délais d'apparition du bleu dans les urines et nous nous excusons de ce défaut de contrôle. Voici résumées quelques-unes de nos observations dont plusieurs sont dues à nos distingués collègues Dezwarte et Pâris, médecins en chef des asiles, que nous remercions de leur bonne obligeance.

Observation 1. — Épileptiques femmes. — Malade L. V. traitée depuis longtemps par KBr. seul. Mois de juillet 1912 (KBr. seul) : 7 accès. Août (KBr. seul) : 8 accès. Septembre (traitement

suspendu) : 11 accès. Octobre (traitement suspendu) : 8 accès, du 1er au 23 novembre (traitement suspendu) : 6 accès. 23 novembre (bleu de méthylène seul ; deux cachets de 10 centigrammes prodie) ; du 23 au 30 novembre : pas d'accès ; du 1 au 12 décembre pas d'accès. Du 12 au 31 décembre (adjonction de 3 grammes de KBr.) 4 accès. Janvier 1913 (mêmes doses de bleu et de KBr.) 2 accès. Du 1er au 6 février (mêmes doses) : pas d'accès.

Observation 2. — Malade G. L. juillet 1912 (3 gr. KBr. seul) : 38 accès, 7 vertiges août (KBr. seul) : 38 accès, 26 vertiges ; septembre (KBr. seul) : 32 accès, 14 vertiges; octobre (KBr. seul) 37 accès, 16 vertiges. Du 1er au 21 novembre (KBr. seul) : 15 accès, 2 vertiges. Du 21 au 30 novembre (adjonction de 20 centigrammes de bleu) : 11 accès, 13 vertiges. Décembre (mêmes doses) 25 accès, 42 vertiges. Janvier 1913 (mêmes doses) 25 accès, 27 vertiges. Du 1er au 6 février (mêmes doses), 4 accès, 4 vertiges.

Observation 3. — Malade S. T. Traitée antérieurement par KBr. et pilules de camphre et thridace, eut en septembre 16 accès et 12 en octobre 1912. Reçoit à dater du 30 novembre deux cachets de 1 gr. de KBr. et de 10 centigrammes de bleu de méthylène. Un accès le 27 novembre ; 16 accès et 6 vertiges en décembre ; 24 accès et 9 vertiges en janvier 1913; enfin le 3 février, 1 accès.

Observation. 4. — Malade T. Admise en novembre 1912. Crises depuis 15 ans. Le 11 novembre, 1 accès nocturne ; le 13, 2 accès nocturnes ; le 20, 4 accès nocturnes. Du 20 au 30 novembre on lui donne par jour 3 grammes de KBr. et 30 centigrammes de bleu. Pas d'accès. En décembre même traitement ; pas d'accès. Interruption le 6 janvier 1913 pour cause d'entérite banale.

Reprise du traitement le 22 janvier, la malade ayant eu 2 vertiges dans la nuit du 21 au 22. Cessation le 6 février : ni accès, ni vertiges pendant cette période. Le bulletin de M. le Dr Pàris mentionne : mentalité meilleure.

Observation 5. — Malade. E. V. Accès et vertiges quotidiens dans la période sans médication qui a précédé l'institution du traitement par la Bromocyanine. Traitement commencé le 20 novembre 1912, 2 grammes de KBr. et 20 centigr. de bleu. 1 accès, 1 vertige le 21 novembre ; 1 accès, 0 vertige le 22, ni accès, ni vertige le 23 et ainsi de suite jusqu'au 7 décembre, date de suppression de tout médicament nervin, la malade présentant des symptômes de septicémie.

Observation 6 (personnelle). — Le 14 octobre 1912, le jeune

M. Th. âgé de 5 ans, m'est amené par son père. Depuis la veille dès 8 heures du matin il a eu 8 crises épileptiques, dont 3 nocturnes. A 2 h. 1/2, ce 14 octobre, il a dans mon cabinet même une neuvième crise. Administration immédiate d'un paquet de 25 centigr. de KBr. et de 5 centigr. de bleu dans une cueillerée de miel. La dose est réitérée le soir à 8 heures et sera continuée trois fois par jour à 8 heures d'intervalle. Cette cure comportait 40 paquets. Au bout de 10 jours, deux paquets par jour ; après 20 jours, un seul par jour. Le malade n'a eu aucun accès depuis celui auquel j'ai assisté. Des nouvelles récentes m'ont appris que l'état de mal ne s'était pas reproduit.

Observation 7 (personnelle). — M. N. de Toul. Petit mal. Depuis 3 ans, deux fois par an, vertiges, absences, trémulation des lèvres, obnubilation de quelques minutes. Le 27 juillet, chute sur la tête, blessure à la racine du nez. Constipation habituelle. Régime alimentaire approprié ; cure de raisins, dragées Célineau (12 août 1912).

A dater du 7 septembre, traitement thyroidien de trois semaines, Le 5 octobre, substitution de la bromocyanine, à raison de 1 gramme de KBr. et de 10 centigramme de bleu par jour. Le 2 novembre toute obuubilition a disparu, le malade se sent l'esprit libre. Reprises du traitement thyroidien pendant dix jours, après lesquels reprise de bromocyanine pendant une période égale. Chaque mois, pendant dix jours, même traitement. Actuellement le malade ne s'est jamais trouvé aussi bien.

Observation 8 (personnelle). — M. V., subit depuis quelques années des alternatives de dépression et d'agitation mélancoliques. Sur mon conseil, en période d'agitation, il se fait injecter une à deux fois par jour 50 cmc. de sérum glucosé contenant 50 centigrammes de bromure de sodium et 10 centigrammes de bleu. Il suit un régime lacto-végétarien. L'équilibre nerveux, dit-il, semble se restaurer au bout de quelques jours graduellement et permet au malade de vaquer à ses affaires. Cette observation date du 10 novembre dernier.

Observation 9 (personnelle). — Mme R. est entrée aux Thermes Urbains le 24 décembre 1912. Mélancolique, elle présente en janvier 1913 des accès d'agitation, qui nous déterminent à essayer de notre mélange. Trois injections hypodermiques de 40 centigrammes de bromure de sodium de 5 centigrammes de bleu pour 3 cmc. de sérum glucosé sont pratiquées les 20, 21 et 22 janvier, sans qu'on puisse leur attribuer la diminution de l'agitation.

Afin d'éviter des redites, nous ne rapporterons pas les obser-

vations prises dans le service du Dr Dezwarte (épileptiques hommes) parallèlement à celles du service des femmes. Il y a lieu cependant de citer le cas d'un vieil épileptique, nommé Antoine, et connu par la violence et la fréquence de ses accès. Les hautes doses de bromure qu'il devait prendre déterminaient promptement de l'intolérance et des éruptions intenses suivies de lésions de grattage qui obligeaient à cesser l'usage du bromure ; d'où, dit le Dr Dezwarte, reprise de l'irritabilité, de l humeur et des convulsions. Avec la bromocyanine, les pustules d'acné et les démangeaisons qui amenaient des lésions de grattage ne se reproduisent plus ».

Discussion et Conclusions.

De tout ce qui précède il résulte : d'une part, que l'action combinée du bromure et du bleu de méthylène sur les crises convulsives, les crises d'épilepsie, les états de petit mal et d'agitation pour d'autres causes, n'est pas sensiblement plus efficace que l'action isolée du bromure; que l'action isolée du bleu de méthylène sur ces manifestations est sans valeur, encore qu'elle soit inoffensive, quand ce produit est pur ; que comparativement aux autres traitements par les analogues et dérivés du bromure, le traitement par la bromocyanine semble être, d'une manière infidèle et inappréciable quant à présent, plus rapide (observation 6) et que, dans la plupart des cas, la fréquence n'est pas sensiblement moindre ; mais que, d'autre part, la tolérance du bromure est rendue plus grande et son accumulation évitée ; que ses doses peuvent donc être réduites ; que les inconvénients psychiques d'une bromuration forte et répétée sont supprimés (observations 4 et 7) ; enfin que l'élimination du bromure est mieux assurée, puisqu'aucun des chroniques soumis à la bromocyanine n'a présenté ni larmoiement, ni coryza, ni acné bromique, ni pustules, ni lésions de grattage consécutives. Les constatations de nos collègues Paris et Dezwarte sont, à cet égard, nette et constantes. Nous n'ignorons pas, il est vrai, que l'adjonction au bromure de tisanes diurétiques, de benzoate de lithine, de laxatifs etc. peut, ellle aussi, supprimer ces complications; mais n'est-il pas mieux de simplifier l'administration du médi-

cament utile et de donner en une fois le mélange ? Le bleu de méthylène possède, en outre, une action antiseptique intestinale qui peut avoir son prix, notamment chez des paludiques.

Au total, notre désir hypothétique d'agir vite n'a reçu qu'une demi-satisfaction, celle de continuer l'usage du traitement bromuré classique avec un minimum d'inconvénients. Non pas un maximum de sécurité et de certitude qui sera seulement atteint, lorsque ce moyen *d'attente* aura fait place au moyen rationnel que des études en cours nous laissent peut-être espérer.

L'expertise psychiatrique et l'engagement volontaire

par le Docteur HAURY, Médecin-major de l'armée.

Par son instruction du 5 avril dernier, qui fonde la psychiatrie militaire en France pour l'armée métropolitaine, le ministre de la Guerre vient de faire sienne cette notion bien connue que le nombre est considérable des tarés mentaux de tous ordres parmi les engagés volontaires. Il les signale spécialement en effet à l'attention du médecin spécialisé, en disant d'eux qu' « ils fournissent de façon habituelle une proportion très élevée de désertions, de condamnations militaires et de réformes pour cause d'inaptitude mentale au service » et que « ce sont très fréquemment des inadaptables ». J'ajoute que ce sont aussi parfois des aliénés, puisque j'ai eu à examiner dernièrement un jeune engagé qui, après deux mois de service, a été évacué d'un régiment d'infanterie voisin sur l'hôpital et qui était un dément précoce depuis longtemps quand il s'est engagé.

Et le ministre les désigne ainsi, à bien juste titre, comme devant être l'objet d'une étude toute spéciale. Mais tout est-il fait de cette façon pour que cette étude remplisse les conditions de l'expertise pratiquée où il faut et quand il faut ? Hélas, non !

Ce n'est pas d'aujourd'hui que la surveillance mentale des engagés est demandée par tous les médecins.

Depuis que M. le professeur Régis et le Dr Granjux, et avec eux tous les médecins aliénistes, comme aussi avec M. le professeur Simonin, tous nos camarades ont combattu si vaillamment et pendant si longtemps pour en faire accepter l'idée, leur expertise au moment de l'engagement est devenue une nécessité qui s'impose. A voir les difficultés de leur tâche journalière quand ils sont aux prises avec eux, les médecins militaires sont unanimes à souhaiter qu'on « puisse épurer l'engagement volontaire », et il n'y a pas de régiment où les circonstances quotidiennes ne fassent désirer à tous que soit enfin réalisée au bureau de recrutement cette « vérification cérébrale » de l'engagé volontaire, dont a parlé M. le professeur Régis. Car, c'est bien là qu'elle doit être faite.

On se souvient que le Congrès de Nantes de 1909 avait demandé que l'engagé volontaire fournisse un certificat médical constatant son intégrité mentale, et une enquête de notoriété de la gendarmerie certifiant qu'il passe pour équilibré et sain d'esprit. On voulait leur réclamer cette attestation au même titre qu'on exige d'eux cette autre attestation de parfaite conduite sociale que sont l'extrait du casier judiciaire et le certificat de bonnes vie et mœurs. Mais il avait semblé à tous que ce qui paraissait d'une réalisation plus efficace, évidemment, c'était l'examen mental lui-même de ces jeunes gens, fait par le médecin militaire spécialisé en psychiatrie, au bureau de recrutement. C'est la façon la plus pratique, en même temps que la plus légitime et la plus sûre, d'exercer cette surveillance de l'engagement.

Il ne semble pas qu'on soit encore sur le chemin qui mène à l'expertise psychiatrique de l'engagé. Et bien des jours se passeront encore certainement avant que les régiments soient très sûrs de ne plus recevoir de grands anormaux ou même des aliénés parmi leurs engagés.

Ce n'est pas que le travail fait par tous les Congrès de médecins aliénistes et neurologistes et par tous nos camarades n'ait pas commencé à porter ses fruits. C'est ainsi qu'un effort a été tenté ces jours-ci en faveur de la prophylaxie de l'aliénation mentale dans l'armée et qu'une circulaire du ministre de l'Intérieur, en date du 29 janvier 1913, donne la possibilité pour l'armée d'éloigner d'elle les hommes qui ont été l'objet

d'un internement antérieur, ce qui évidemment est une acquisition bien précieuse.

Cette circulaire règle le rejet des réservistes en disant que les bureaux de recrutement continueront à être prévenus de leur internement, comme ils l'étaient déjà, par les soins des directeurs d'asiles; mais elle prescrit aussi que dorénavant, pour les futurs soldats, la chose sera faite par un état spécial des aliénés en traitement à fournir chaque année avant le 31 décembre. De cette façon un certain nombre d'aliénés ne viendront pas au régiment, comme cela se voyait chaque année.

Mais cette circulaire reste incomplète. Elle laisse malheureusement sans solution la question du passé mental de cette nombreuse catégorie de soldats qui n'est pas la moins suspecte, celle des engagés volontaires.

Elle prétexte en effet « qu'il ne semble pas qu'un procédé quelconque permette d'informer l'autorité devant laquelle les engagés seront admis à contracter leur engagement de leur internement antérieur ».

C'est un fait bien regrettable. Mais s'il en est ainsi, n'est-ce pas alors une raison de plus pour désirer que soit instituée au bureau de recrutement lui-même l'expertise de l'engagement volontaire? En effet, depuis cette circulaire, par une ironique bonne fortune, les engagés volontaires — que tout le monde reconnaît comme fournissant un nombre d' « inadaptables » (c'est-à-dire d'anormaux et par conséquent d'aliénés en puissance) plus grand que toutes les autres catégories de soldats — seront dorénavant les seuls à pouvoir venir au régiment sans qu'au moins leur qualité d'aliénés antérieurs soit connue de l'autorité.

Il y a là, on le conçoit, une grave lacune dans la surveillance du recrutement de ce genre de serviteurs du pays, et la lacune est d'autant plus grave que c'est justement sur eux que l'effort de la sélection psychiatrique devrait porter, de l'avis unanime de tous les médecins, militaires ou civils.

D'où vient donc que l'attention avertie de l'autorité supérieure — comme le prouvent les termes mêmes de l'instruction ministérielle — ne fasse pas le nécessaire pour que soit instituée cette sélection mentale de l'engagement volontaire? *Elle*

vient tout simplement de la crainte qu'a le commandement de voir la psychiatrie tarir plus ou moins l'engagement.

M. le professeur Simonin, du Val-de-Grâce, a rappelé ces jours-ci, au IIIe Congrès de médecine légale (Paris, mai 1913), que la promulgation de l'instruction fondant l'expertise psychiatrique dans l'armée de terre avait été retardée elle-même pour une raison analogue, le commandement craignant que cette institution n'amenât la réduction de ses effectifs. C'est pour cette seule et unique raison qu'il se montre peu favorable à l'idée d'une surveillance mentale de l'engagement volontaire.

Ce même distingué professeur l'avait excellemment souligné, il y a quelques mois, à la Société de médecine militaire (séance du 20 février 1913), quand il disait : « Le commandement craint que cet examen n'amène une diminution considérable dans le nombre des engagés », et qu'il ajoutait ces paroles qui posent de la meilleure des façons et dans toute son acuité le problème qui nous occupe : « La question se réduit à savoir si c'est le nombre ou la qualité que l'on désire en matière d'engagements volontaires. Or, nous savons, par une longue expérience, que l'insuffisante sélection mentale des engagés volontaires encombre l'armée d'une quantité de soldats inutilisables, que j'appellerais volontiers des figurants, et de mauvais figurants, et non pas des soldats de carrière. On doit en éliminer ultérieurement un grand nombre chez lesquels, après de multiples avatars qui démontrent leur inadaptibilité et leur irresponsabilité plus ou moins complète, la solution de la réforme s'impose.

« Ce déchet redouté des engagés volontaires se fait en effet de lui-même et malgré tout au bout de quelques mois de service, d'une façon en quelque sorte automatique, après un essai infructueux de service. N'aurait-il pas mieux valu éliminer d'emblée, c'est-à-dire ne pas les incorporer, ces tarés mentaux, plutôt que d'attendre qu'ils aient démontré leur incapacité au grand dommage de la discipline et de la bonne exécution du service ? »

On ne saurait mieux dire, ni avec plus de précision ni avec plus d'autorité.

*
* *

Nous croyons que, quoi qu'en pense le pense le commandement, l'examen mental des engagés est une œuvre qui s'impose, et nous croyons être utile à cette œuvre nécessaire en montrant ici ce qu'on peut trouver parmi eux. Mais nous voulons immédiatement aussi, et au même titre, apporter la preuve que *la crainte qu'a le commandement de voir la psychiatrie tarir en quelque sorte l'engagement est plus ou moins vaine.* Nous demandons qu'on nous permette de présenter ici le résultat de la première application de la psychiatrie qui ait été faite en France au bureau de recrutement et nous pensons prouver victorieusement qu'on peut faire au mieux des intérêts de l'armée le choix nécessaire et qui s'impose parmi les engagés, sans en réduire visiblement le nombre et peut-être même en l'augmentant.

Je voudrais donner ici le résultat de la pratique de plus d'une année de psychiatrie dans un grand bureau de recrutement du 6e corps d'armée, celui de Châlons-sur-Marne.

J'ai fait le service du recrutement régulièrement du 17 décembre 1910 à fin décembre 1911 avec les seules absences imposées par le service du régiment d'infanterie auquel j'étais attaché (absences toujours nombreuses dans cette région de l'Est, grandes et petites manœuvres, grèves, écoles à feu, etc., outre la revision).

Or, pendant ce laps de temps, tout en faisant la sélection psychiatrique des engagés, j'en ai pris au total beaucoup plus qu'on n'en prenait à ce même bureau de recrutement, et même bureau de recrutement, et même qu'on n'en prend ailleurs. C'est ce que je vais essayer de montrer.

I. *Sélection psychiatrique.* — En m'employant à chercher les tares mentales de ces jeunes gens, je n'ai pas rencontré d'aliéné, notamment pas de dément précoce (puisque aussi bien c'est la forme d'aliénation mentale qui se révèle le plus souvent à l'âge de nos soldats).

Cela tient certainement pour une grande part à ce que le bureau de recrutement de Châlons ne ressemble en rien à ceux des grandes villes, agglomérations où le déchet social est

autrement considérable, et pour cause. Je n'ai vu que des anormaux, mais des anormaux de tous les degrés (j'ai vu également des alcooliques en assez grand nombre, mais leur dépistage étant du domaine de la pratique courante, je n'en parlerai pas longuement pour ne pas allonger ce travail). Naturellement, les anormaux légers étaient acceptés et les autres refusés.

Je dis que j'ai laissé passer délibérément un certain nombre d'anormaux légers. Je n'ai pas arrêté indifféremment en effet tous les sujets qui m'apparaissaient ayant des mentalités anormales, cela va de soi.

Il est évident que l'expert doit se rappeler qu'il fait, au bureau de recrutement, une expertise dans un but déterminé et non pas uniquement de la clinique sans conséquences pratiques. Tous les jeunes gens qui, à mon sens, pouvaient tirer parti de la discipline du rang (simples prédisposés, c'est-à-dire sujets à hérédité mentale ou nerveuse plus ou moins chargée, débiles et déséquilibrés très légers), ont été pris bons.

Je les prenais bons en leur souhaitant évidemment en moi-même de trouver auprès de chefs éclairés et attentifs l'appui qui peut leur être nécessaire, et en me disant que s'ils le rencontraient, ils feraient sûrement d'excellents soldats Combien évidemment serait-il souhaitable que les officiers puissent être prévenus de ce que le psychiatre aurait pu déceler lors de son examen ! Mais comme il serait utile aussi que les chefs fussent, par avance, capables de mettre en pratique les connaissances psychiatriques qui leur sont indispensables et qu'ils devraient posséder ! Car c'est seulement le jour où ils auront des notions suffisantes de psychologie normale et pathologique, comme le désire M. le professeur Régis et comme je me suis efforcé moi-même de le leur représenter dans mon livre sur *les Anormaux et les malades mentaux au régiment* (1), qu'ils pourront comprendre la valeur de l'indication que devrait leur donner l'expert du bureau de recrutement sur les dominantes du caractère des engagés.

(1) *Les anormaux et les malades mentaux au régiment*. par le Dr Haury, médecin-major de 1re classe, in-8°, 376 pages. Librairie Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (avec une préface de M. le professeur Régis). Ouvrage couronné par l'Académie de médecine, prix Henri Lorquet.

Les anormaux légers étaient donc acceptés et les autres refusés.

Le premier exemple des refusés que je donnerai est bien le meilleur qui puisse être du plus mauvais des candidats à l'engagement que des parents peuvent amener eux-mêmes au bureau de recrutement.

Un jour, j'eus à examiner entre plusieurs un grand jeune homme assez bien constitué, suffisamment solide pour être pris pour l'infanterie, qu'il demandait. Je me permets de croire qu'il eût été sûrement pris par un médecin non averti des choses de la psychiatrie. En effet, il se présentait bien, s'exprimait très poliment, d'une voix légèrement basse, mais avec une certaine aisance, appelant les officiers présents par leur grade, et cela avec une satisfaction visible.

Il aurait paru suffisamment intelligent pour faire un soldat. Si on avait recherché les stigmates physiques dits de dégénérescence, *on n'en aurait trouvé aucun.* Il n'avait notamment aucune asymétrie faciale ; à peine avait-il un peu de prognathisme, mais les dents se rejoignaient bien quand la bouche était fermée. Donc, même cette recherche n'aurait pas fait naître l idée de se méfier de quoi que ce fût. Cependant, plusieurs choses frappaient en lui : d'abord, un air un peu « godiche », outre une légère faiblesse du développement crânien, puis, et surtout, en une certaine manière, son sourire stéréotypé qui rappelait le « sourire du débile » (Chavigny). Interrogé, il répondait, d'une manière cependant qui aurait pu largement satisfaire, « qu'il voulait faire sa carrière... », mais il ajoutait qu'il avait toujours aimé « être avec les soldats... » Bref, on continue l'examen et le diagnostic de débilité s'affirmait. Mais on était en présence d'un *débile actif* qui trompait aisément sur sa propre valeur, qui aurait sûrement trompé le médecin de recrutement lui-même, parce qu'il avait du « bagout » et de la mémoire. Son père, qui l'accompagnait, disait qu'il était « très intelligent ». Il avait, en effet, un ensemble de notions dont il savait se servir, reconnaissait les images du recrutement, décrivait les régiments, etc. . Son père disait fièrement qu'il savait « la place de la plupart des régiments de France ». En réalité, j'eus vite la preuve que mon diagnostic était exact : *le père l'avait amené d'un asile d'infirmes pour le faire engager.* Ce jeune garçon y était enfermé (dans la ville même) depuis huit mois, à cause de ses instincts de vagabondage.

Et c'étaient ses parents qui l'y avaient fait mettre et qui payaient pour cela.

Son histoire est la suivante : enfant bien portant, il avait été difficile à élever. Il ne rentrait jamais chez lui après la classe, où il se montrait un élève très insuffisant et indiscipliné : il fallait toujours aller le chercher, surtout à la gare où il passait son temps. A dix ans et demi, il fit sa première fugue, elle dura peu : à treize ans, il partit à pied de chez lui à Châlons (130 kilomètres), où il a un oncle « qu'il voulait voir ». Celui-ci était absent. On retrouva l'enfant à la gare de cette ville. Peu après, même fugue; son oncle le reçoit. A quinze ans, il va ainsi dans la région, de Vitry à Châlons, puis à Epernay et à Dormans, où il a des parents qui le ramènent. Six mois plus tard, il reste neuf semaines absent ; son père finit par apprendre qu'il est au camp de Mailly, où il travaille dans une cantine. Il va le chercher et le retrouve seulement à Toul, où il avait suivi un régiment.

Il ne peut le garder à travailler chez lui et le place alors à Châlons, chez un boulanger. Six semaines après, il est de nouveau à Dormans, « à se promener ». Toutes ces fugues ont le caractère capricieux et puéril des fugues d'enfant attiré par le plaisir de voir le monde. Il part toujours sans un sou (il n'a cependant jamais été arrêté et n'a pas volé).

Mais, antérieurement, étant chez ses parents, il avait fait bien d'autres escapades semblables : il restait chez son père trois, quatre, cinq mois, et tout d'un coup, il partait sans prévenir. Bien que travaillant à côté de son père, il ne lui disait jamais rien de ses projets. Plusieurs fois on put le rattraper à bicyclette. Quand on lui demandait des explications, il ne disait rien, parfois il cherchait à dire « qu'il était parti parce qu'on l'avait attrapé », ce qui était faux. « C'est l'idée de voyager avec les soldats », dit le père. Il est bon marcheur : une fois, en six jours, il fit une grande tournée à pied, de Vitry à Reims, Châlons, Epernay, Dormans, faisant de nombreux kilomètres dans la journée.

Tel est ce débile (dont la débilité était manifeste quand on cherchait à l'établir), débile actif qui serait pervers bien plus qu'il ne l'est encore, surtout si les occasions de boire ne lui étaient refusées par le fait de son internement. Et ce sont les parents, qui l'avaient fait interner eux-mêmes, qui l'amenaient à l'engagement! Et le père n'a pas compris pourquoi je ne le prenais pas « pour faire un soldat ». (Pourtant, il l'aurait bien voulu parce qu'il était las de payer sa pension à l'asile d'infirmes !)

Parmi les autres anormaux refusés, les premiers appar-

tiennent à l'autre catégorie de débiles, les *débiles dociles*. Aussi insuffisants au point de vue intellectuel, ils ont pour eux leur passivité, leur docilité qui les rend malléables, crédules, faisant d'eux des individus prêts à obéir à tous les entraînements. Mais leur pauvreté de moyens, quand elle est marquée, les empêche tout autant que les autres de s'adapter au milieu militaire. Ils n'ont rien à gagner, dans ce cas, à leur passage, dans l'armée, où les attendent tant de souffrances diverses pendant cet effort d'adaptation ; car ils y courent trop de risques de sombrer, de faire des troubles mentaux durables ou même définitifs ou de verser subitement dans l'*indiscipline morbide*.

C'est ce qui serait arrivé certainement aux deux pauvres garçons dont nous résumons l'histoire.

Le premier était un petit garçon malingre, cultivateur de profession, illettré, d'un développement intellectuel très faible, puisqu'il n'avait que l'intelligence d'un enfant de huit à dix ans. Suggestible et crédule, il expliquait naïvement pourquoi il cherchait à s'engager dans un régiment de chasseurs à cheval. Il le faisait tout simplement parce qu'il avait rencontré un cousin dernièrement et que celui-ci lui avait dit que « puisqu'il jouait de la musique dans la fanfare de son village, il ferait bien de s'engager dans la cavalerie ». Son cousin lui avait dit naturellement : « Si tu peux devenir brigadier-trompette, ton affaire est faite. » Et lui répétait *mot pour mot* la phrase telle qu'il l'avait entendue et, ignorant de la réalité des choses, suggestionné par cette assurance de son parent, *du jour au lendemain*, il avait obéi docilement et avait laissé la campagne pour venir s'engager. Il ne fallait pas longtemps pour s'apercevoir à quel pauvre insuffisant on avait affaire.

Le deuxième était un jeune Breton de dix-neuf ans, qui avait laissé son pays depuis quelques années pour venir dans la Marne travailler la terre avec d'autres Bretons qui l'avaient fait venir. Ce petit garçon aux joues de poupée, au teint frais, aux yeux de fille, n'avait rien de viril et donnait l'impression d'un grand enfant avec son attitude modeste et douce, son air timide. Il est d'une famille de quatorze enfants dont il ne reste que sept, et il veut s'engager « parce que son patron se retire des affaires », disait-il tout d'abord, et qu'il « est sans place », mais il ajoute bientôt que « du reste, ça a toujours été l'idée de sa famille » (il

ne dit pas la sienne). En réalité, c'était un débile d'un degré marqué, suggestible, émotif, à qui on a évité les difficultés d'une adaptation dont il n'aurait pas fait les frais sûrement, et c'eût été un bien mauvais cadeau à faire à un commandant d'unité que de lui donner comme engagé ce pauvre insuffisant à qui la vie modeste de domestique de ferme convient à peine, tellement il était peu capable de rendre de grands services. Et l'on comprend pourquoi sa famille, le trouvant au-dessous du niveau de ses frères, le poussait à l'engagement comme vers un abri sûr pour son insuffisance et sa difficulté à gagner lui-même de quoi vivre.

Les *déséquilibrés* ont une autre allure, Ils sont bien plus nombreux aussi.

Déséquilibré refusé, ce petit jeune homme mince aux cheveux bouclés en mèche sur le front, à l'air un peu composé, qui se disait étudiant. « En quoi ? — Je fais mes études... » Il y avait déjà quelque chose de peu clair, d'inavoué, dans ses explications embarrassées. Il disait qu'il avait fait jusqu'à la troisième au lycée Janson-de-Sailly, à Paris, puis que, « à cause de sa santé », il avait été mis par sa famille aux environs de Châlons « chez un ami de sa famille ». Il ne voulait pas s'expliquer davantage. Bref, attitude peu claire, histoire obscure. Il ajoutait qu'il ne s'était pas présenté au « bachot », ne s'étant pas trouvé assez préparé, qu'il avait préféré « préparer d'emblée le programme de Saint-Maixent », etc.

Il était facile de flairer l'anormal. Une heure plus tard, je recevais une lettre du curé chez lequel il était depuis deux ans et demi, et j'apprenais qu'il avait déjà été renvoyé de trois lycées à cause de son indiscipline et qu'il voulait s'engager « pour s'épargner la peine de travailler avec la suite que comporte la perspective des examens » (instabilité mentale du déséquilibré). Ce jeune homme, orphelin depuis l'âge de sept ans, de parents morts jeunes, probablement de tuberculose, n'avait plus que des grands-parents qu'il avait lassés par son inconduite. On dut même, sans succès du reste, le faire interner neuf mois à la colonie de Mettray. Menteur, paresseux et sournois, volontiers buveur et coureur, ce jeune déséquilibré avait une mémoire excellente, « qui lui a permis », dit son précepteur, « de refaire rapidement avec lui tous ses classiques secondaires ». Il n'était pas si intelligent que le curé le disait, mais il présentait cette particularité d'avoir certaines notions suffisantes en géométrie et en algèbre autant qu'en histoire. Quant à sa conduite, elle était déplorable :

il n'avait que de mauvais instincts et il ne se plaisait littéralement que dans le désordre. Son précepteur avait grandement raison de « redouter énormément pour lui l'absolutisme aigu du métier militaire », comme il me l'écrivait; car ce jeune homme était le pire des déséquilibrés, à qui un avenir des plus sombres aurait été réservé à l'armée, s'il avait été pris à l'engagement. Menteur, vicieux, paresseux, chez lui la disproportion entre son développement intellectuel, encore suffisant, et ses lacunes morales et sociales, était très marquée et c'est cette désharmonie qui faisait de lui ce déséquilibré que nous avons vu. Il n'avait rien à faire avec l'armée.

— Déséquilibré refusé, ce jeune homme de dix-huit ans et demi, mince de forme, qui demandait (naturellement) les tirailleurs algériens. Yeux noirs légèrement brillants, il parlait avec une décision nette et tranchante, expliquant avec une énergie hors de propos qu'il ne voulait « que l'Algérie pour avoir plus vite des galons ». « Il le sait bien, lui, c'est un lieutenant de réserve, M. X..., qui le lui a dit... » — (ce lieutenant est un marchand de vins qui ne connaît en rien l'Algérie, et pour cause) — « puis, il a des amis là-bas qui ont réussi et il veut réussir pareillement... » En réalité, il est le fils d'un père ivrogne (il le reconnaît), mort de cirhose, après avoir divorcé à cause de son alcoolisme. Aîné de quatre enfants, lui, fut d'abord tôlier, puis changea de ville et de métier, faisant le jardinier l'été et le marchand de charbon l'hiver. Puis il devient marinier à Nançy, où il était allé à pied retrouver un ami. Il fait alors tout le nord de la France et de Belgique. Au bout de onze mois, étant à Liège, il lâche tout « à propos d'un contre-maître » et revient directement de là-bas à Châlons reprendre ses anciens petits métiers.

Tout disait en lui le déséquilibré et l'impulsif, le ton tranchant, cette manière décisive et brusque. Ce qu'il me racontait des siens me le soulignait encore plus. Il m'apprenait qu'il avait une hérédité chargée et que notamment une de ses sœurs s'était suicidée à vingt et un ans d'un coup de revolver pour des raisons d' « ennui ».

Mais, fait curieux, quand il fut habillé, il apparut alors bien plus étrange encore qu'il n'avait pu le paraître jusque-là. Je l'avais examiné pour son aptitude physique au milieu d'autres jeunes gens. Quand il eut repris ses vêtements, sa nature d'anormal m'apparut d'une façon vraiment criante, si bien que l'on aurait pu se méfier de ce qu'on allait rencontrer chez lui avant même de l'avoir examiné.

Habillé, il était drôlemeut vêtu, bien que très correct : il avait un habit complet de velours de Gênes, vert à côtes. Son vêtement était fait d'un pantalon large tombant très droit aussi et d'une sorte de veste taillée en forme de vareuse très droite aussi, à allure tout à fait militaire, et portait un « col officier » (comme il disait lui-même).

Et cette vareuse avait un dos et des manches en étoffe noire. Cet habit, il le montre avec orgueil, disant que c'est son père qui le lui avait fait faire, que « c'est très beau, fait sur mesure, et qu'il avait un col comme celui des officiers ».

Et il se pavane dans ce costume, qui est horriblement doublé de laine, et « qui ne lui donne pas chaud », dit-il, malgré que nous soyons en pleine chaleur de juillet. — Cet hérêditaire, ce jeune déséquilibré, instable et impulsif, n'avait rien à faire dans les rangs de nos soldats.

— Ce grand gaillard, mince pour un boulanger, au corps mal d'aplomb, avec une saillie de la hanche gauche, une déviation légère de la colonne vertébrale et un périmètre faible, est un déséquilibré à qui l'armée n'aurait probablement pas très bien réussi. Boulanger depuis un an et demi seulement, il voulait s'engager, lui, par ce qu'il avait volé un patron ! Celui-ci le vit un jour prenant de l'argent dans la caisse et le mit à la porte. Ce jeune homme prétend avoir obéi à un entraînement d'amis qui jouaient avec lui au café et avec lesquels il perdait régulièrement, et avoir pris de l'argent pour combler le déficit de ses dépenses. Il n'avait pas encore eu d'affaire judiciaire, et prétend que c'est la première fois qu'il volait son maître, ce qui est bien douteux. En tout cas, les troubles de son caractère l'étaient moins, et ce déséquilibré, suggestible, aux passions vives, à la moralité faible, ne pouvait que fort mal tourner au régiment en doublant par l'engagement à long terme qu'il demandait, ses chances de verser un peu plus dans le mal.

— Ce caviste d'Epernay, qui n'a que dix-neuf ans et veut s'engager « parce que la maison où il travaillait a dû renvoyer des ouvriers après les grèves, faute de travail », est un jeune alcoolique qui débute. C'est aussi un héréditaire, son père étant lui-même fortement intoxiqué par l'alcool. Malgré son crâne, anormalement allongé, avec une saillie postérieure assez accentuée, il est d'intelligence suffisante. Il se rend bien compte de son intoxication, mais il la met sur le fait de son métier. Ce serait de l' « *alcoolisme des caves* ». Il raconte en effet qu'il gagne trois francs et qu'on leur donne à tous deux, deux fois par jour, trois

quarts de litre de vin, mais qu'en réalité « on boit bien davantage », car à tout instant ils en ont l'occasion, soit qu'ils pompent des vins, soit qu'ils « fassent le trop-plein des bouteilles », soit encore qu'ils « sifflent » une bouteille quand le contre maître n'est pas là. A cette absorption s'ajoute bien entendu dans une certaine mesure l'imprégnation lente par les vapeurs d'alcool, à vivre constamment dans cette atmosphère. Aussi n'est-il pas étonnant qu'il ait tous les signes d'un alcoolisme déjà net (tremblement de la langue et des doigts, exagération des reflexes, etc.), lui qui appartient à un milieu où l'alcoolisme est familial, dont la prédisposition mentale visible le porte tout naturellement vers les excitants.

— Ce citoyen de trente-trois ans, qui paraît bien plus que son âge, voulait s'engager pour quatre ans dans l'artillerie coloniale. Il est grand, solide, mais un visage très coloré, aux pommettes couvertes de petites varicosités rouges,attire l'attention. Il exhale une odeur d'étyle très prononcée, a la langue sale de l'ivrogne et un tremblement très marqué de la langue et des doigts.

C'est un alcoolique qui continue. Il a des pupilles normales, mais il n'a pas de réflexes patellaires. On a beau insister, on ne les trouve pas. Il niait d'abord boire (naturellement!), puis il le reconnut et raconta son histoire. Elle est des plus piquantes. C'est celle de tous les ouvriers qui boivent. Célibataire, rien ne le retient sur le penchant de son vice : et il le cultive. Dimanche, après avoir bu, il se dispute avec son père (avec lequel il vit depuis son retour du régiment) et subitement, l'idée lui vient de partir au loin, de s'engager « pour les colonies ». Encore un peu ivre, il vient le lendemain matin à Châlons, mais le bureau de recrutement n'étant ouvert que le mercredi, il reste à boire avec des amis les deux jours. Comme je lui demande s'il tient beaucoup à s'engager, il me répond qu'il le faisait par coup de tête, mais que si je ne le prends pas, il n'ira pas voir ailleurs. Et comme il a le vin assez bon, il ne récrimine pas quand je le refuse, au contraire, il sourit et paraît soulagé. Il est bien probable qu'il aurait vite regretté son engagement et que son alcoolisme préparait un triste avenir à l'armée incontestablement.

— Il en est de même de cet autre, charretier dans une maison de champagne d'Epernay, qui avait déjà par deux fois eu l'idée de partir de chez lui (à quatorze ans il voulait être mousse et dernièrement l'idée de se présenter ici lui était déjà venue).

Il a déjà été pris bon à la revision et il désire s'engager » pour une raison toute spéciale », dit-il.

Il a eu un différend avec un ouvrier que ses parents avaient en pension et qui leur doit de l'argent. L'autre nie sa dette, d'où des scènes. Et il raconte une histoire de poursuite judiciaire où ils ont été déboutés, lui et sa famille, de leur réclamation. Aussi, batailles à la moindre rencontre, et lui a été de ce fait condamné à une amende.

Il veut s'engager « pour éviter tout ça... » Mais il ajoute aussitôt que « s'il le rencontre son affaire est faite ». Et pendant tout le temps il apparait bien tel qu'il est, un déséquilibré, impulsif et violent, fils de buveur et qui boit lui-même assez volontiers, et dont le caractère de brutalité et d'irritabilité naturelle iront en s'aggravant avec la boisson.

— Cet autre de vingt-six ans veut aussi la « coloniale » pour trois ans. Il a laissé le régiment il y a plus de deux ans après avoir fait cinq ans de service. Ce grand gaillard solide était douanier depuis dix-huit mois dans le Nord, mais il trouvait (à mon étonnement) trop dur son métier et sa paye trop faible. Son âge et sa profession donnant l'obligation de rechercher les signes de l'alcoolisme, on est surpris de trouver un tremblement de la langue et des doigts extrêmement marqué et des réflexes patellaires tout à fait exagérés qui renvoient la jambe en avant avec une brusquerie très grande. On ne trouve pas de troubles du sommeil et ce n'est que lorsque je lui parle de l'ajourner, sous prétexte qu'il est « trop nerveux en ce moment », que, mis en confiance, il dit que « ma décision ne le surprend pas » et que de lui-même il raconte son histoire. Il a bu « autrefois beaucoup », mais il ne boirait plus : en tout cas, il ne boit plus de vin, car il n'y en a pas dans le Nord ». Il boit de la bière et, « comme tous les gens de là-bas », il s'est mis à boire du café. Il n'était pas habitué à en boire autant et a fait comme ses camarades les douaniers, à qui on en offre partout. Ils arrivent à en boire six à sept fois dans la matinée et bien plus dans l'après-midi ; certains mêmes en absorbaient « plusieurs jarres par jour » (*sic*). Aussi ne tarda-t-il pas à en supporter les conséquences, et il eut un tremblement dont il s'était aperçu, en même temps que son caractère s'était modifié. Et lui qui, au régiment, dit-il, « se serait mis dans un trou de souris » à une observation d'un gradé, il était devenu « résolu », irascible, indiscipliné.

Il nie avoir eu des histoires avec ses chefs, mais c'est bien improbable, car il se donne des louanges sur la façon absolument honnête dont « seul » il faisait son métier. Son sommeil s'est troublé et il a eu, reconnaît-il, de la zoopsie, des rêves parlés.

Bref, ce douanier paraît bien être un alcoolique ancien tout autant qu'actuel, car il est bien probable que l'intoxication avouée par le café ne servait ici qu'à masquer toutes sortes d'intoxications alcooliques concomitantes, et son cerveau, qui commence à se troubler fortement (à en juger par tout ce que nous sommes en droit de supposer d'après ce qu'il a bien voulu nous en dire et ce que nous observons actuellement), était bien près de le trahir chaque jour un peu plus, si tant est qu'il n'a pas eu déjà là-bas un épisode psychologique aigu véritable.

Il est plus que probable, en tout cas, qu'il a été renvoyé de son poste pour un désordre manifeste, autant dans sa conduite que dans ses idées, l'irascibilité qu'il a avouée ayant bien pu à elle seule lui faire commettre plus de sottises qu'il n'en reconnaît.

Le régiment n'avait pas besoin d'un homme qui est destiné si sûrement à l'asile un jour ou l'autre.

* * *

On voit par ces quelques exemples que la psychiatrie a rendu quelques services au bureau de recrutement de Châlons-sur-Marne en éloignant de l'armée les tarés qui ne devaient pas y rentrer.

II. Résultat numérique de cette sélection de l'engagement. — Mais quel a été le résultat global de cette sélection et quelles en ont été les conséquences numériques vis-à-vis de l'engagement lui-même ?

A ce bureau de recrutement, j'ai eu à examiner 196 engagés volontaires. Or, sur ce chiffre, j'en ai accepté 145 et refusé seulement 51, ce qui est peu, on en conviendra de suite à première vue, puisque la proportion qui s'ensuit est d'un candidat refusé pour trois d'acceptés. D'ailleurs, on s'en rendra compte bien davantage quand on saura, d'une part, ce que sont physiquement ces candidats à l'engagement, quelle est leur provenance ; et, d'autre part, qu'on aura comparé le résultat obtenu à quelques autres analogues.

Les engagés de Châlons ne proviennent pas que de la région, laquelle est uniquement agricole et viticole. Ils ne sont pas seulement fournis par les jeunes gens des alentours qui sont assez résistants et qui ont surtout comme tares celles d'un alcoolisme personnel ou héréditaire. (Cet alcoolisme est

même professionnel chez la plupart des candidats qui sont vignerons ou qui sont « cavistes », c'est-à-dire qui travaillent à tous les métiers ayant trait aux vins de Champagne de la région d'Epernay et qui sont des victimes volontaires ou non de ce qu'on peut appeler l'*alcoolisme des caves*). Ils proviennent pour la plus grande partie des « passagers », nombreux dans cette région proche de la frontière, c'est-à-dire des individus à qui la route commence à devenir trop dure faute de ressources ou parfois de travail, et qui s'engagent pour la légion. Ce sont évidemment des étrangers pour la plus grande part, et étrangers de tous pays, puisque nous avons vu, outre des Alsaciens déserteurs et des Allemands, des Belges, des Suisses, des Russes, des Autrichiens et des Espagnols. Mais ce sont aussi des étrangers de tous âges et de toutes constitutions, cela va sans dire. Si la majorité est encore jeune, en effet, quelques-uns parmi eux ont déjà un certain âge. En tout cas, beaucoup ont soit des tares plus ou moins nettes, soit des signes d'usure ou des symptômes d'une mauvaise nutrition que la misère suffit parfois amplement à expliquer. C'est dire que physiquement ils sont tout à fait dissemblables les uns des autres et toujours assez différents dans l'ensemble d'avec les candidats de la région. Le déchet est plus grand parmi eux, cela va également de soi.

Ceci dit, tous ceux qui ont la pratique de l'Est se rendront aisément compte de ce qu'a de faible le chiffre de 51 sujets refusés sur deux centaines de tels candidats à l'engagement.

Nous allons du reste le montrer par des comparaisons statistiques. Ce nombre de 51 refusés contre 145 acceptés, qui correspond à la proportion de 3 pris bons sur 4 candidats, prend toute sa valeur intrinsèque et objective si on le rapproche des chiffres pris ailleurs, par exemple dans les bureaux de recrutement qui sont dans de meilleures circonstances locales de choix des engagés. C'est ainsi que pour l'ensemble du 13e corps d'armée (qui est le seul sur lequel nous ayons pu avoir des renseignements), dans les différents bureaux de cette région, sur les 5.978 jeunes gens qui se sont présentés pendant la période quinquennale de 1907 à 1911 inclus, 3.486 seulement ont été acceptés, soit environ seulement 3,5 de pris bons pour 6 présentés, c'est-à-dire seulement un peu plus de un sur deux.

Ailleurs, cette proportion n'est même pas atteinte si l'on en juge par les chiffres que Boigey a donnés dans la discussion sur le recrutement de l'armée (Société de médecine militaire française, séance du 3 juillet 1913). Ce médecin militaire, au bureau de recrutement d'Orléans, n'a pris en effet de 1911 à 1913 que 233 engagés volontaires sur 670 candidats, ce qui fait à peine un peu plus de 1 accepté sur 3 présentés, et, d'autre part, les chiffres qu'il cite d'après le livre de Bonnette (*Du choix des conscrits*) font voir que sur les 212 engagés volontaires dont il est parlé, 86 seulement ont été pris bons, ce qui fait 1 accepté sur 2,5 présentés. On est encore loin de la proportion que nous avons réalisée à Châlons de 3 pris bons sur 4 candidats.

Mais cette signification est encore bien plus probante si nous comparons notre résultat avec celui des visites habituellement passées aux engagés à ce même bureau de recrutement de Châlons-sur-Marne. Là, ce sont évidemment des éléments tout à fait comparables entre eux qu'on rapproche et on ne pourrait faire aucune objection à ce rapprochement.

C'est celui que j'ai fait pour l'année qui précéda immédiatement celle où j'ai pris le service. Il m'a permis de relever que dans tout le courant de l'année 1910, du 1er janvier au 17 décembre (date à laquelle j'ai commencé ce service), il y eut exactement 143 refusés contre 118 acceptés.

Donc, à ce même bureau de recrutement, il y avait plus de refusés que d'acceptés parmi les engagés.

J'ai voulu alors me rendre compte de qui s'était passé dans l'année où je fis le service, pendant la série de petites absences forcées que j'avais dû faire avec mon régiment et où le service du bureau de recrutement avait été fait par tous les camarades de la garnison, depuis les médecins de corps de troupe de tous grades et de toute ancienneté (par conséquent de toute expérience régimentaire) jusqu'au médecin adjoint à la direction et au spécialiste du laboratoire de bactériotogie du corps d'armée qui, à l'occasion, y avaient concouru.

Mes camarades avaient vu 173 engagés et, sur ce nombre, en avaient accepté 92 et refusé 81, c'est-à-dire qu'à peu de chose près, ils en avaient refusé autant qu'ils en avaient accepté, tandis que sur un chiffre total supérieur au leur

(196 contre 173), j'en avais accepté à peu près trois fois plus que j'en refusais.

C'est là un point qui a sa valeur objective et dont l'importance ne saurait échapper à personne et qui, à tout le moins, permet de dire que le résultat pratique de la méthode employée ne peut en aucune façon être considéré comme dangereux pour le recrutement de l'armée.

Pourtant j'ai éliminé, comme tous mes camarades l'auraient fait à ma place, des sujets physiquement insuffisants ou malades.

Comme j'ai été pendant toute ma carrière médecin de régiment et que je le suis encore, ·que je fais chaque année la revision et que je vois tous les jours des soldats à ma salle de visite, on ne me contestera pas l'expérience de clinique générale que cette situation peut donner à tous mes camarades. Du reste les préoccupations journalières du métier de médecin de corps de troupe, que je fais, se chargent bien d'elles mêmes — on peut me croire sur parole ! — de me la rendre quo tidiennement plus avertie et plus complète. C'est dire que je ne crois pas avoir commis plus d'erreurs dans l'examen phy sique de ces individus qu'il ne s'en peut commettre en pareil cas. S'il est vrai (ce qui est jusqu'à un certain point assez exact) que le premier souci d'un spécialiste est de se découvrir des clients — surtout quand il les cherche exprès — on voudra bien me rendre cette justice que le « chercheur de tares » qu'on serait tenté d'accuser le psychiatre d'être vis-à-vis de l'engagement, n'a pas fait œuvre trop destructive.

Bien loin de là, il a fait bénéficier le pays de plus de soldats qu'on ne l'eût fait à sa place probablement, et, qu'en tout cas, on ne le faisait habituellement dans ce bureau de recrutement qui n'est pas des moindres. C'est là, on en conviendra, un argument qui a sa valeur.

Et on peut se demander maintenant ce qu'on pourrait reprocher vraiment à une méthode capable de procurer tout à la fois le nombre et la qualité ?

Certes, les candidats à l'engagement doivent être assez différents devant la psychiatrie avec les régions de France où on les voit et d'où ils proviennent, pour que les résultats de leur expertise puissent être assez variables. Et je ne sais si partout, en faisant cette sélection, on arriverait à une pro-

portion aussi élevée de reconnus bons que celle réalisée à Châlons. Pourtant, on ne peut pas oublier que, du fait des si nombreux « passagers » qui s'y présentent, la valeur d'ensemble des candidats à l'engagement est loin d'être merveilleuse à cause du manque de cette unité qui existe certainement bien plus souvent ailleurs parmi eux. Quoi qu'il en soit, il n'est certainement pas excessif de penser, en présence de la valeur objective si importante du résultat obtenu, que la pratique généralisée de l'examen psychiatrique ne peut faire qu'une chose : accroître les effectifs d'un certain nombre d'engagés. Cela m'apparaît absolument certain.

Car on pourrait aisément retourner la proposition énoncée par ceux qui pensent que la psychiatrie ne peut que diminuer le nombre des engagés par un choix trop sévère. On pourrait dire, en s'appuyant sur nos chiffres, que c'est seulement le jour où la psychiatrie aura pénétré au bureau de recrutement que le nombre des engagés volontaires augmentera sensiblement. Pour nous, nous le croyons fermement.

Nous estimons d'ailleurs qu'il y a un fait manifeste, un fait indéniable : c'est la difficulté dans laquelle se trouve le médecin militaire non spécialisé qui veut agir dans l'intérêt de l'armée, quand il est en présence des engagés volontaires. Il ne peut pas ne pas se rappeler tout ce qu'il sait de la valeur intellectuelle et morale, souvent si médiocre de ces jeunes gens ; et il est dans le plus grand des embarras pour faire un triage efficace parmi les candidats à l'engagement. S'il songe au lendemain militaire de ces sujets, malgré lui il court le risque d'interpréter ce que lui rappellent ses souvenirs ou son expérience régimentaire dans le sens d'une défiance de principe vis-à-vis de l'engagé.

Devant la difficulté à faire son choix, malgré lui il lui arrive alors de faire de ces jeunes sujets un examen physique, organique, aussi complet qu'il le peut, de ne rien laisser passer, et, parfois encore, dans son incertitude, comme aussi pour dissiper son arrière-pensée de prendre à l'engagement un jeune homme qui va se révéler demain comme un anormal avéré, de tirer parti de la moindre défectuosité pour le refuser à l'engagement.

Dans une étude statistique sur l'engagement volontaire

parue récemment dans *Le Caducée* (1er mars 1913), le médecin aide-major Maupin, rappelant que le nombre des engagés décroissait sensiblement d'année en année, en attribuait la diminution à cette origine. Il disait en effet : « Une plus grande sévérité de la part des médecins militaires impressionnés par les mauvais résultats publiés de toutes parts et devenus plus exigeants au point de vue des aptitudes physiques (les seules qu'ils puissent apprécier lors des visites passées aux bureaux de recrutement), n'est certainement pas étrangère à cette décroissance. »

Qui pourrait en effet reprocher à ce médecin de mettre pour ainsi dire sa responsabitité d'expert à l'abri d'un examen somatique aussi rigoureux que possible devant la difficulté d'une tâche pour laquelle il n'est pas préparé? Car il lui faudrait la possession de notions psychiatriques assez étendues pour qu'il puisse s'y reconnaître parmi les candidats de chaque jour. (La notion des stigmates physiques dits de dégénérescence a certainement fait écarter de l'armée un certain nombre de jeunes gens qui avaient le malheur de porter sur la face de trop visibles, bien que minuscules, défectuosités anatomiques, sans être pour cela en quoi que ce soit des « anormaux psychiques », la chose est bien certaine.)

Il faut, en effet, que le crible auquel on soumet l'engagé soit un bon crible. Il faut qu'il tamise ce qui doit être tamisé et pas autre chose.

La visite habituellement passée aux engagés dans les bureaux de recrutement avait en vue uniquement autrefois leur aptitude physique; leur aptitude mentale doit être également examinée aujourd'hui. Mais le médecin militaire qui la passe n'est réellement en mesure de juger la valeur militaire *complète* d'un individu que s'il ajoute à sa compétence médicale générale bien connue, cette compétence spéciale qui lui permet de faire une analyse totale du sujet qui se présente à lui en vue de l'engagement. Et c'est seulement quand la psychiatrie ajoutera ses procédés et sa méthode clinique aux procédés et à la méthode d'examen habituel que le médecin aura la certitude d'avoir mis en jeu toutes les ressources scientifiques et cliniques à sa disposition pour ne donner à l'armée que d'excellents éléments.

Seule une méthode rationnelle peut avoir de bons résultats, et le médecin du bureau de recrutement ne rendra de réels services que si vraiment il est capable de « sonder les cœurs et les reins », selon la vieille image métaphorique, avec le double sens qu'on peut lui donner. Il faut qu'il prenne, si l'on peut dire, « livraison entière » de l'individu à examiner.

La psychiatrie doit donc lui apporter le concours utile de sa clinique spéciale en faisant le diagnostic mental de chaque homme et en établissant son « pronostic militaire ».

La psychiatrie complètera au bureau de recrutement cette œuvre de prophylaxie parfaite si désirable pour l'armée.

Son action, nous avons essayé de l'établir par l'expérience, ne sera pas favorable seulement à un meilleur choix des engagés, elle paraît devoir être avantageuse pour le nombre même de ses futurs soldats. (Se rappeler que le nombre des engagés est tombé pour l'infanterie de 6.263 en 1909 à 5.767 en 1910 et à 5.344 en 1911.)

Et l'enseignement qui ressort de cette première application pratique de la psychiatrie au recrutement en France montre qu'on n'a rien à redouter d'elle en ce qui concerne la diminution des effectifs. En mettant en effet le service du bureau de recrutement dans les attributions du psychiatre du corps d'armée et, par un corollaire tout naturel, en n'autorisant plus les régiments locaux à prendre directement des engagés, comme cela se fait, les grands centres d'engagement (c'est-à-dire ceux qui comptent le plus au point de vue numérique) seraient ainsi pourvus de médecins militaires susceptibles de faire, avec le maximum de garanties, la surveillance mentale nécessaire (1). Ajoutons aussi que cette manière de faire, en supprimant la succession ininterrompue des médecins de tout grade, donc de toute expérience, qui sont chargés de l'examen des engagés, supprimerait ainsi le manque d'unité dans la méthode et dans l'appréciation qui en résulte et qui risque, évidemment, d'être préjudiciable au bon choix de ces jeunes gens. D'autre part, l'expert étant toujours un homme d'un cer-

(1) Le moment viendra plus tard, quand les notions de psychiatrie seront diffusées chez tous nos camarades, où pareille besogne pourra être faite dans tous les bureaux de recrutement avec le même profit.

tain âge, cette manière de procéder supprimerait du même coup, partout où la chose serait possible, la contradiction qui existe dans les grades qui sont exigés des médecins pour faire soit la visite des engagés, soit la revision. Pour faire celle-ci, c'est-à-dire pour choisir parmi des hommes de vingt ans au moins (jusqu'à cette année), il faut être médecin-major de 1re classe ou au moins de 2e classe, tandis que tout médecin militaire, quel que soit son grade, peut se prononcer dans le choix de jeunes gens qui n'ont même pas encore achevé leur développement physique et dont l'équilibre mental est si souvent suspect !

Au bureau de recrutement, comme au Conseil de guerre, comme à l'hôpital, ou même tout simplement au régiment, la psychiatrie, ainsi que je me suis efforcé de le montrer dans différents chapitres de mon livre sur *Les anormaux et les malades mentaux au régiment*, loin d'être à craindre, est appelée à rendre de très réels services.

« *L'examen, l'étude psychiatrique de l'homme, avec la surveillance mentale qui doit en être la conséquence, ne peut avoir que d'inappréciables avantages pour la meilleure des justices comme pour la plus stricte des disciplines* », écrivais-je comme conclusion de mon livre.

Souhaitons qu'il en soit de même vis-à-vis de l'engagement volontaire. Souhaitons que l'examen psychiatrique des engagés les sélectionne mieux ; mais souhaitons aussi que cette sélection ait pour corollaire indispensable la surveillance mentale dont, plus que tous les autres soldats, ils ont besoin au régiment. Désirons que les officiers puissent être à même de comprendre mieux ces jeunes gens en possédant les notions de psychologie normale et pathologique qui leur sont nécessaires et qu'aucun médecin militaire ne devrait ignorer.

Tout le monde aujourd'hui dans le milieu militaire doit être amené, en effet, à penser que la psychiatrie peut exercer une heureuse influence sur l'armée, aussi bien quand elle s'applique à l'étude de ses ressortissants qu'à l'examen détaillé de ses éléments constituants. Nous répèterons volontiers que *la psychiatrie est et doit être l'auxiliaire indispensable du recrutement comme elle l'est déjà de la discipline et de la justice militaire*. Et nous terminerons en disant que nous

avons le ferme espoir que cette conviction lui gagnera bientôt, et définitivement, toutes les sympathies. Elle s'efforcera, à n'en pas douter, de les justifier.

Un dément précoce engagé volontaire, par M. HAURY, (Clermont-Ferrand).

C'est une notion banale aujourd'hui que le nombre est considérable des tarés mentaux de tous ordres parmi les engagés volontaires. L'histoire journalière du mauvais service qu'ils font dans les régiments, comme aussi celle de leurs désertions, de leurs condamnations militaires (et même jusqu'à un certain point de leurs réformes), prouve surrabondamment le fait qu'ils sont très fréquemment des anormaux. Aussi tous les médecins militaires estimeraient-ils éminemment favorable à la discipline toute mesure qui aurait pour résultat de diminuer leur nombre dans les régiments.

On se rappelle qu'à l'instigation de M. le professeur Régis, — qui a tant fait pour la question de l'aliénation mentale dans l'armée —, et à la suite des efforts si longtemps poursuivis du Dr Granjux, les différents Congrès des Médecins aliénistes, en particulier celui de Nantes en 1909 (où fut à l'étude la question de l'aliénation mentale dans l'armée), avaient reconnu la nécessité urgente d'une surveillance mentale de l'engagement. On se souvient, en particulier, du fait que la mesure qui avait paru la plus pratique et la plus efficace, en même temps que la plus légitime et la plus sûre, était celle de l'expertise psychiatrique des engagés faite par le médecin militaire spécialiste au bureau de recrutement.

Cet examen mental n'existe pas encore.

C'est pour cela que les régiments continuent à recevoir jour après jour de trop nombreux anormaux qui sont dangereux pour la discipline, et, de temps en temps, de véritables aliénés dont la place n'est pas dans l'armée.

L'histoire suivante de ce dément précoce qui était malade depuis plusieurs années déjà quand il s'engagea et qu'on dût réformer après deux mois de présence sous les drapeaux est bien instructive à cet égard.

Engagé volontaire pour 3 ans, N. qui était arrivé dans un régiment d'Infanterie le 10 septembre 1912 se faisait remarquer bientôt par une conduite assez particulière qui ne laissait pas que d'étonner. Du matin jusqu'au soir il était en faute, peut-on dire. Dès le matin, au réveil déjà, il se mettait en situation d'être rappelé à l'ordre. En effet chaque jour il se faisait répéter de nombreuses fois l'ordre de se lever avant de le faire ; et quand son caporal l'y obligeait il répondait des choses comme celle-ci : « il fait froid, je ne vois pas pourquoi on veut que je me lève, je suis bien libre de rester au lit jusqu'à huit heures.... » phrase surprenante dans la bouche d'un soldat. Il était toujours en retard au rassemblement de la compagnie, ne pouvait jamais être prêt à l'heure. Une fois il répondit ceci à son sergent de section qui lui en faisait l'observation. « Je ne peux pas être prêt, je n'ai pas de glace pour me laver. » Cette réponse paraît déconcertante dans la bouche de ce jeune engagé qu'on sait être d'une grande ville (Lyon), qu'on sait avoir reçu bonne instruction et bonne éducation, et qu'on connaît comme étant d'une profession qui exige de l'intelligence puisqu'il est imprimeur-graveur, ce qui implique même la vie dans un milieu d'un certain niveau. Or N. est un « mauvais soldat » ou du moins en a toutes les apparences, en tous cas ce jeune engagé est une véritable *non-valeur* pour son unité. En effet non seulement « il n'a pas pu parvenir à exécuter convenablement les mouvements, les plus simples de l'école du soldat », comme l'expose son capitaine, mais il est incapable de faire son lit, et même de s'habiller sans l'aide d'un camarade. De plus il se montre *indiscipliné*, ne voulant reconnaître par exemple que l'autorité de son chef d'escouade sans pouvoir accepter que les autres gradés aient qualité pour lui donner des ordres. Il lui arrive même de se montrer *violent et agressif*. C'est ainsi qu'un jour de revue, il refuse de faire son lit (comme le lui ordonnait un ancien, chef de chambrée en l'absence du caporal), qu'il le défait même, et que finalement, il lance à son camarade un coup de poing en plein visage. C'est ainsi encore qu'un autre jour, à la gymnastique, il frappe de même un camarade, lequel lui réclamait sa place qu'il avait prise dans le rang.

Mais on aurait eu à craindre bien davantage de lui si on en croyait les paroles qu'il a prononcées, un matin, devant tous ses camarades. « Tant que j'en aurai pas tué un, ça n'ira pas dans cette section ». Et il avait ajouté ces mots aussi surprenants : « Et puis je veux demander au capitaine pour m'en aller, je commence à en avoir assez ! ».

Son attitude générale était assez étrange comme on le voit. Il semblait avoir un « raisonnement d'enfant » disait-on de lui au régiment. On se rappelait en outre qu'il lui était arrivé une aventure. Le jour du départ de la classe dernière, N., qui était au régiment depuis quinze jours, voyant dans la cour les anciens en civil, s'adressa à un groupe d'entre eux et leur demanda comment il se faisait qu'ils s'en allaient et que lui restait. Les autres, amusés par son air drôle, lui répondent qu'il pouvait aussi s'en aller s'il le voulait, bénéficiant de la loi de 2 ans. C'est ce qu'il se met en devoir de faire. Il endosse ses effets civils, et, n'ayant été vu de personne, serait certainement parti avec l'un des différents détachements, si son sergent de section n'en avait été averti par des hommes qui l'avaient reconnu. Le sergent lui ayant demandé où il allait ainsi, l'autre répondit : « On m'a dit que je bénéficiais de la loi de 2 ans et que je pouvais partir si je voulais ».

On se rappelait aussi que sur sa page d'écriture, il avait écrit des choses curieuses. Il avait mis qu'il demandait l'emploi de « sergent aux presses » ou celle d' « archiviste de la musique ».

Cette aventure, cette demande cocasse, son attitude générale, ses accès de violence sans cause apparente ou suffisante, tout cela attirait évidemment l'attention sur lui. On l'envoya donc au médecin du corps. Celui ci l'observa quelque temps à l'infirmerie, nota les troubles du caractère, de la perception et de la volonté ainsi que l'amoindrissement de ses sentiments affectifs, et plein de perspicacité clinique, il émit même l'hypothèse d'une démence précoce probable au début. Aussi ne tarda-t-il pas à demander, à bien juste titre, une observation psychiatrique plus complète. L'homme nous fut donc envoyé.

Quelle pouvait être l'histoire de ce jeune homme et comment se présentait-il à l'examen ?

C'était un jeune homme de 19 ans, mince et pâle, donnant l'impression d'un être un peu fragile. De taille moyenne (1 m. 66) il était de poids très léger (ne pesant que 51 kg. 500) et avait une poitrine étroite (d'un périmètre de 0 m. 74 seulement). Il avait l'aspect dit « adénoïdien », avec son grand nez plongeant en avant (il aurait été du reste opéré plusieurs fois pour végétations).

Mais sa santé générale était bonne et ses organes normaux (il n'avait rien de suspect à la poitrine).

Il est le fils unique d'un père fortement éthylique dont les excès auraient été cause de dissentiments familiaux et qui

aurait même eu des accès psychopathiques appelés « neurasthénie ». La mère « nerveuse » aurait eu des « crises ».

Élevé dans la campagne lyonnaise, il fréquenta par la suite de *très nombreuses écoles* de la ville, s'y étant montré partout indiscipliné, mais s'étant cependant maintenu dans la moyenne des élèves et ayant obtenu son certificat d'études. Il apprit le métier d'imprimeur graveur, mais *changea très souvent d'atelier*, motivant le plus souvent ses changements par la jalousie suscitée chez des gens ne pouvant pas ou ne voulant pas reconnaître ses mérites, ainsi que cela ressort d'une courte autobiographie qu'il nous a écrite sous le titre « Ma vie ». Il avait suivi les cours de l'école des Beaux-Arts pendant un an « sans grand résultat » dit-il lui-même avant d'être graveur, puis, après, imprimeur. Sa vie d'ouvrier fut très mobile, car il ne restait qu'un mois ici, trois semaines là, se plaignant d'avoir eu trop à faire chez un photograveur où il ne demeura également que quatre semaines, étant resté trois seulement chez un graveur en chambre, puis chez un autre, puis encore un autre. De là, il laisse Lyon pour aller tenter fortune à Saint-Claude dans le Jura. Il y reste dix-sept jours seulement, s'étant fait renvoyer à cause de son mauvais travail. Il reprend à Lyon du travail chez deux autres patrons quelque temps encore mais « leurs promesses n'ayant pas été tenues », il s'engage enfin. Comme il le dit drôlement, d'une manière à la fois emphatique et vague : « il a contracté alors un engagement dans l'armée pour accomplir une période militaire d'un certain laps de temps... » (Et il répète de nouveau sa phrase qu'il trouve bien visiblement).

Il explique pourquoi il s'est engagé : son père n'y tenait pas beaucoup « Il n'avait pas de travail ; et puis on demandait des engagés à l'Intendance militaire et à divers endroits » ; alors il s'est présenté. C'est son père qui a choisi l'infanterie et la ville, lui voulait « une autre partie de l'armée, la cavalerie, l'artillerie »... Aujourd'hui il paraît ne plus savoir très bien pourquoi il l'a fait ; et il cherche « la manière dont s'est fait cet engagement ». Il se demande maintenant « si ça ne vient pas d'un autre membre de sa famille qui ait du temps à faire dans l'armée, et s'il ne le fait pas pour lui ».

A la Compagnie, raconte-t-il, tout alla bien tant qu'il resta à la 1re et à la 2e section, mais à la 3e, rien n'alla plus. « A la Compagnie *il était surveillé étroitement ;* pas les premiers temps, non ; il circulait à travers les rues de la ville. Tout d'un coup on l'a empêché de sortir »... « C'est même ce qui a intrigué les

jeunes soldats qui ont trouvé ça stupide »... Cela s'est fait par ordre des gradés ou de quelqu'un : il y avait aussi des gens qui le regardaient du haut de leur grandeur, *qui lui faisaient des simagrées, des singeries dirigées contre lui... Il voyait bien aussi que le personnel de la cuisine lui était opposé...* « A la compagnie comme dans tout le régiment du reste », *on lui lançait des petits mots, des railleries, des quolibets* (il ne se souvient plus des termes employés). D'autres fois « on lui racontait des imbécilités, des idioties ». Il prétend avoir eu souvent à sa compagnie des prises de corps avec ses camarades... il dit que « tout le monde voulait le faire marcher, lui commander ». Aussi trouve-t-il que « ces agissements n'indiquent pas beaucoup d'esprit de leur part... »

Il s'apercevait à ce même moment autour de lui de choses étranges, « d'agissements bizarres »... C'est ainsi que quand ils allaient faire l'exercice, *les rues se vidaient de leurs passants.* Les gens avaient l'air de se cacher soudain... *Les campagnes étaient aussi devenues désertes tout d'un coup* ». Du reste son régiment lui faisait l'effet d'un « drôle de régiment ». Il s'en étonne encore aujourd'hui, se demandant où ils vont bien « chercher les soldats » (tellement il voyait tout transformé autour de lui). De plus il ne comprend pas pourquoi en deux mois de service il n'a pas eu un jour de permission. Il en demanda une : « il n'eut jamais de réponse »... « Il faudrait faire une enquête » ajoute-t-il...

Ses perceptions étaient fort troublées, comme on le voit. On a pu remarquer en passant, au cours de ce que nous avons rapporté plus haut, qu'il avait outre des idées de persécution, quelques interprétations délirantes. Il est probable même qu'il passa par une légère période, calmée aujourd'hui, de véritable onirisme, sinon même de confusion mentale hallucinatoire, au moment où on le mit à l'infirmerie pendant quinze jours, si l'on en juge toutefois par ce qu'il dit y avoir vu, et qui en donne bien l'idée. (Malheureusement, personne n'a rien vu de cela, aussi n'avons-nous pas de renseignements précis sur cette période). Là, raconte-t-il, « il se passa des choses fantastiques. C'était un lieu sinistre. *Il y eut des batailles, des massacres, tout le monde voulait le tuer.* Derrière les portes on pensait toujours voir apparaître la figure d'un brigand qui vient vous dépouiller »... Il y avait des gens qui dansaient des sarabandes effrénées. On venait l'attaquer et, avec un autre qui était en face de lui, ils devaient se défendre. La nuit, « les autres s'amenaient, en rampant

comme des chauves-souris ». Les habitants du voisinage les ont bien vu. *Il y aurait même eu un mort dans ces batailles*. Il a vu un individu qui s'est couché dans son lit, « un type de l'infirmerie l'a frappé d'un grand coup de sabre, puis l'autre est parti. Il ne sait pas s'il l'a tué ou ce qui est arrivé... » Le jour, à l'infirmerie, tout était tranquille, *c'était la nuit que ces choses arrivaient*, que les gens se faufilaient le long des murs, que ces scènes recommençaient; lui, bien entendu ne pouvait pas dormir (et, fait curieux, il proteste de lui-même — sans que nous ayons rien dit — contre l'idée qu'on pourrait avoir que tout cela n'est qu'un cauchemar). C'était vrai, ces batailles, avec des cris de bêtes fauves, se renouvelaient tous les soirs dans sa salle, où, pourtant, ils n'étaient que trois. Il se tenait bien sur ses gardes, aussi n'ont-ils pas pu l'atteindre... »

Toute cette affaire là est louche, conclue-t-il; « c'est une affaire à enquêter par la police mobile ou par la police secrète. Il faut qu'on trouve le vrai coupable là-dedans. Il y a des gens gravement compromis. »

Pourquoi toutes ces choses surprenantes et d'où venait tout cela ? Il se le demande. Aussi fait-il sur la poursuite dont il est l'objet, des suppositions extrêmement variées. Il pense que « certainement les énergumènes de l'infirmerie étaient poussés par quelqu'un. Les types de l'infirmerie lui en voulaient bien, sans savoir pourquoi ni comment, comme du reste à la compagnie ; mais c'est sûrement à ce sergent de sa compagnie, un corse, un hypocrite, qu'ils obéissaient ». — A la compagnie, ils ne lui ont pas fait de misères, mais ils agissaient en dessous, hypocritement, par de petits procédés mesquins.

Mais il pense aussi que cela vient peut-être d'ailleurs, car « il ne comprend pas du tout l'attitude qu'on a eue envers lui dans sa garnison »... « Au régiment », dit-il « j'étais un étranger pour eux. S'ils m'en voulaient, c'est donc bien qu'ils étaient poussés en dessous »... Ce qui l'étonne, c'est que « quand il y a une affaire tout le monde se met de la partie pour lui porter préjudice vis-à-vis des chefs ».

Il suppose que cela vient du personnel de la cantine. Il l'a du reste écrit à sa mère. « Il ne sait pas pourquoi il y avait là des tas de femmes sans raison » trois vieilles et une jeune. Il fait aussi d'autres suppositions : « Si cela ne vient pas de mon régiment, ça vient d'un autre ou d'un autre corps d'armée... Ça viendrait-il de l'Intendance ? » Il se le demande. Il estime qu'en tout cas ça vient d'un ordre supérieur et qu'ils n'en sont que l'instrument. »

Et il cherche ailleurs l'origine de ces agissements contre lui. Il cherche s'il n'y a pas une histoire de famille par là dessous, un ennemi de sa famille peut-être, depuis des démêlés qu'elle a eu à l'occasion d'une femme. « Ce sont peut-être des parents à elle qui se vengeraient en cherchant à pousser les autres contre lui », etc... etc...

Il a même des interprétations délirantes rétrospectives. C'est ainsi que, cherchant « si ce n'est pas pour le sortir de sa famille... » il dit : « Ça viendrait peut-être d'un mort » et il raconte une autre interprétation délirante. Il a reçu un jour une lettre entourée de deuil de son oncle. Or, cette lettre ne parlait pas de mort. Il croit qu'il a dû y avoir un mort dans la famille dont on ne lui a pas parlé ». Tout peut provenir de là « dit-il, et il pense qu'il a pu y avoir répercussion jusqu'à sa garnison de cette affaire-là... Mais tout cela dans quel but ? il l'ignore. Il ne sait pas où on veut en venir ». Il est clair que c'est pour lui nuire. Mais il y a peut-être un autre but après, il ne sait pas lequel... Il suppose toutes sortes de choses tout aussi vagues : il croit parfois à une femme, « à cause des petites taquineries qu'on lui fait et qu'un homme ne ferait pas ».

Il suppose aussi que le tout vient d'un membre de sa famille à lui, qui lui en voudrait personnellement, etc., etc.

Mais au total, il serait plutôt porté à croire que cela vient du côté des civils que du côté militaire, « les militaires ont mieux à faire que de s'occuper d'un soldat, en particulier, dans un bataillon de 400 hommes. » Et il erre dans des suppositions imprécises d'un étranger « ou peut-être un militaire qui a quitté l'armée et qui a un parent qui est encore dans l'armée », etc., etc. Cependant il croit plutôt que c'est le parti civil qui mène ça finalement.

En tous cas l'affaire est louche, dit-il, où veut-on en venir? On voit en tous cas que c'est un coup préparé d'avance. « Et il veut qu'on procède à une enquête, mais prudemment, pour que ça ne me retombe pas sur le dos après, ni qu'un innocent ne paie pour le coupable »....

Pour montrer qu'on s'occupe de lui quand on ne le devrait pas, il explique aussi qu'un jour il était avec des réservistes et l'un d'eux qu'il ne connaissait pas, lui a dit de lui-même : « Tu es malheureux »... Et lui « voudrait savoir quels intérêts ce réserviste soutient ». Il ne l'accuse pas cependant, mais il suppose qu'il n'est pas étranger dans l'affaire, car il n'a pas compris pourquoi l'autre lui disait cela.

Il interprète aussi ce qu'il a vu à l'infirmerie, trouve bizarre

ce qui s'y est passé, prétend qu'il n'y avait aucun ordre, que le service n'était pas fait comme il fallait. « Il trouve que le médecin aurait mieux fait de ne pas venir, plutôt que d'y venir comme il le faisait pour se promener simplement avec son escadrille d'infirmiers » dont la présence là et l'occupation lui paraissent incompréhensibles.

D'autre part, à Saint-Claude il était entré dans un restaurant ; un individu lui a adressé la parole, lui disant qu'il avait la figure pâle et le regardant d'un air menaçant... Il raconte cela, puis il ajoute aussitôt : « l'enquête n'a pas produit beaucoup de résultat ».... D'ailleurs à ce même Saint-Claude il lui est arrivé quelque chose d'étrange ; Il avait encré une pierre, et une main étrangère, la nuit, a sûrement versé du sel d'oseille pour éreinter son travail.

« Il croit que c'est un Suisse qui travaillait avec lui, qui lui a fait ça, en ayant reçu l'ordre de quelqu'un ».

Pendant tout l'interrogatoire, il se tient tranquille à sa place, raconte tout cela avec une mimique absolument inexpressive. Il s'exprime un peu comme s'il parlait pour lui-même seulement et s'il réfléchissait tout haut à ces choses confuses. Il soliloque, simplement poussé par mes questions. Pendant notre examen, il lui est arrivé à maintes reprises *d'éclater de rire au milieu d'une phrase* et, interrogé, il devenait aussitôt sérieux et se taisait. On le surprenait également *souriant tout seul sans rien dire. Parfois anssi il prononce une phrase d'un sens un peu obscur et il éclate de rire.*

Son indifférence émotionnelle et affective paraît très marquée. Il ne parle jamais des siens, ni de lui-même. Il ne fait rien à l'hôpital et ne demande pas à s'intéresser à quoi que ce soit. Il ne bouge pas beaucoup de son coin, mais parfois erre dans la salle.

Il arriva ceci à l'hôpital que ses camarades de salle voyant à qui ils avaient à faire, se jouèrent de lui. Ils lui firent croire que le médecin-chef lui avait donné de l'autorité sur tous les autres malades et l'avait nommé « chef de chambrée ». Aussi chaque soir, à la tombée de la nuit, faisait-il très gravement l'appel des malades sans se douter en rien de la situation et sans s'étonner de ce que ses camarades lui riaient au nez.

Pendant nos conversations il lui arrive aussi de dire des cocasseries, car il a les idées les plus étranges sur lui-même et sa situation. C'est ainsi qu'un jour il me demande à « être employé dans les presses régimentaires, à la gravure lithographique » ou encore « à faire partie de la colonne d'occupation du Nord du

Maroc *pendant la durée d'un mois* » (sic). Il dit avoir fait cette demande à « un caporal de l'armée », ici à Clermont. Il dit aussi d'autre part qu'il croit que son engagement n'est pas des plus valables, il y a une clause qui doit manquer (il fait sans doute allusion à ce qu'il n'a pas encore touché sa prime). Il dit également des choses parfois des plus cocasses, telles que celle-ci : Il y a quelque chose qui pourrait le faire retourner dans la vie civile, c'est une infraction qu'il a dû faire aux règlements militaires en sortant des rangs un jour pour aller uriner » : (*sic*) et il pense qu'au besoin on peut lui faire quitter l'armée « parce que ça peut amener la cassation de l'engagement, si c'est contraire aux lois de l'armée ».

Il ajoute à ce complexus des idées délirantes, vaguement prétentieuses. Il parle de l'infirmerie où il n'y avait pas d'ordre, où rien n'allait bien etc... du régiment où il y aurait eu beaucoup à modifier et il veut en réformer l'organisation. Il parle de « tous les inutiles d'un régiment, cuisiniers, plantons, secrétaires, dont il veut faire une section de réserve » etc. Il voudrait qu'on donne des ordres pour que tout soit mieux surveillé. « Ils laissent un peu faire et ils ont tort » conclue-t-il avec une fermeté sûre de ce qu'elle avance.

*
* *

Si nous reprenons l'histoire de ce jeune engagé, nous voyons que l'on trouvait chez lui les symptômes suivants : d'abord une perte de l'activité volontaire et intellectuelle caractérisée par de l'aboulie, de l'apathie, une diminution notable de l'attention, (pas encore beaucoup de la mémoire) et surtout une perte complète du sentiment du réel, due à des troubles marqués de la perception et du jugement : exemple : agissements bizarres autour de lui, changements survenus dans les rues et dans les campagnes, étrangeté de la composition de son régiment, mystère de son engagement etc., etc. ; exemple aussi son attitude et sa conduite personnelle à sa compagnie. Outre le reliquat d'une période sans aucun doute hallucinatoire ou tout au moins onirique (étant donné le caractère nocturne des perceptions morbides), vécue à l'infirmerie et dont il a gardé de nombreux souvenirs, on constatait chez lui des interprétations délirantes, assez nombreuses, (exemple la cantine, et les « tas de femmes »,

la lettre de deuil de son oncle, l'histoire du réserviste, l'histoire de la pierre lithographique à Saint-Claude etc.) et surtout des idées vagues incoordonnées de persécution (par des camarades et des personnes inconnues... il était surveillé à la compagnie ; quolibets, simagrées). On notait encore des rires et des sourires sans motif, ou avec faible motif, ou en tous cas inattendus; des phrases bizarres, des cocasseries. Son indifférence émotive et affective était complète. Il était en outre d'une suggestibilité très marquée (exemple: départ tenté à la classe et exemple aussi l'aventure de l'hôpital où il faisait l'appel). Il avait eu des impulsions motrices (exemple : coups de poings à des camarades). En tous cas on ne remarquait chez lui ni stéréotypie, ni catatonie, ni négativisme. Il semble bien que tout cet ensemble symptomatique confirme le diagnostic porté de démence précoce à forme hébéphrénique.

*
* *

Voilà le malade. On peut penser quel soldat il a été. Il est facile en effet de se rendre compte de ce qu'un pareil malade peut devenir au régiment. Ses troubles de la perception et du jugement peuvent lui donner l'apparence du plus mauvais soldat qu'il soit, on le devine facilement, comme sa suggestibilité peut aussi lui faire commettre par obéissance à la suggestion de n'importe qui, les actes les plus sots ou les plus extravagants, en même temps que les fautes les plus sévèrement réprimées par le code militaire. Il n'est pas besoin d'insister longuement là-dessus. Il n'en a rien été ici, parce que son état était déjà assez marqué pour qu'on ait pu très vite s'apercevoir qu'on avait à faire à un malade. Faisons remarquer seulement que ce jeune homme était un dément précoce depuis plusieurs années déjà quand il s'est engagé, c'est dire que la moindre expertise psychiatrique eut, avec la plus grande aisance par conséquent, mis en évidence son aliénation mentale. La nécessité de pratiquer au bureau de recrutement « la vérification cérébrale » des engagés volontaires, selon l'expression du professeur Régis, n'est-elle pas surabondamment démontrée une fois de plus par l'exemple de cet engagé qui n'est venu au régiment que pour s'aggraver

évidemment, mais aussi pour troubler dans leur tâche des officiers et des médecins qui sont assez occupés par ailleurs, surtout actuellement avec la loi nouvelle, sans que des malades de cet ordre ne viennent compliquer leur besogne ?

Discussion :

M. Lagriffe (Auxerre) rapporte l'observation d'un jeune homme renvoyé de partout comme indélicat et indiscipliné, que la famille fit engager. Au régiment, il fit une absence illégale et, les troubles mentaux étant soupçonnés, il fut mis en observation et réformé. C'est une tendance bien dangereuse que de considérer le régiment comme un dépotoir.

M. Granier demande ce que les médecins pensent au point de vue secret professionnel de la circulaire du Ministre de l'Intérieur, citée par M. Haury.

M. Lagriffe déclare que c'est une mesure ancienne, tombée en désuétude, que l'on remet en vigueur.

M. Suttel assimile le rôle du médecin-directeur à celui du maire qui doit la déclaration.

M. Régis dit que si l'on craint de violer le secret professionnel, on n'a qu'à transmettre les noms par la voie hiérarchique au ministre.

M. Suttel pense qu'on pourrait communiquer les noms au directeur du service de santé, qui les donnerait confidentiellement au médecin du conseil de revision.

M. Ameline. — Parfois un commandant de recrutement et un médecin militaire viennent à l'asile examiner un conscrit ou un réserviste incapables de répondre à un appel. Il n'est pas bien sûr qu'on ait le droit de les laisser procéder à cet examen.

M. Parant. — Ce n'est pas au médecin à faire cette déclaration. Il peut s'agir d'un officier de réserve. S'il est réformé à la suite d'une déclaration du psychiatre qui le soigne, ne peut-il le rendre civilement responsable du préjudice causé ?

L'assistance psychiatrique pans la marine française. — Les psychoses des catastrophes maritimes — L'opium dans la marine, par M. HESNARD (Bordeaux).

L'assistance psychiatrique organisée par M. Chéron (circu-

laire du 23 déc. 1909) est appliquée depuis trois ans. Deux services d'observation neuropsychiatrique fonctionnent actuellement à Toulon et à Rochefort. Les statistiques de Toulon donnent quatre cent un cas de malades nerveux et psychiques, parmi lesquels on remarque surtout : des névropathes à crises convulsives, de petits dégénérés, des alcooliques, syphilitiques, paralytiques généraux, des syndromes psychopathiques pour la plupart curables, des déments précoces dont quelques-uns à forme simple, des simulateurs. Ce sont surtout des malades d'hôpitaux.

La question des *troubles mentaux dans les catastrophes maritimes* a été soulevée par les accidents de l'*Iéna* et de la *Liberté*. Plusieurs troubles légers, névropathiques, ont été observés à leur suite : états anxieux, troubles amnésiques, reviviscence obsédante simple ou hallucinatoire de la catastrophe. Une dizaine d'observations de troubles psychiques transitoires ont été recueillies parmi lesquelles (syndromes mélancoliques, psychoses alcooliques, de commotion cérébrale, etc.) deux observations de confusion mentale, dont une très intéressante : sujet jeune, sans aucune tare apparente, ayant présenté une phase de préparation après une phase de lucidité très active au moment même de l'accident. Il y eut de la rétention urinaire pendant la psychose et une débacle hydrique et chlorurique à la fin de la maladie. S'agit-il d'une auto-intoxication, consécutive à la libération dans l'organisme de poisons endocriniens, lesquels auraient été élaborés par le système endoglandulaire à la suite de troubles inhibiteurs émotifs du grand sympathique ?

La question de *l'opium dans la marine* a fait les frais d'une récente campagne de presse qui a eu pour effet de répandre une série d'exagérations donnant à croire, dans le grand public, que tout officier est suspect d'intoxication. Or, différents en cela des toxicomanes des ports dont les tares mentales sont manifestes, les officiers de marine, pour la grande majorité sélectionnés et hommes d'action, fument pour des causes (snobisme, contagion, désir d'intimité, charme des fumeries, curiosité, etc.) en grande partie occasionnelles et tenant au milieu.

Les grands intoxiqués sont très rares, quoi qu'on en dise,

et les fumeurs sont presque tous des fumeurs d'occasion ou de petits intoxiqués. On fume fort peu à bord, tous les officiers étant d'ailleurs d'accord pour déclarer nécessaires les répressions les plus rigoureuses contre cette dangereuse et pernicieuse habitude. La prophylaxie spéciale au milieu maritime doit être d'éclairer les officiers sur le danger qu'ils ignorent, solliciter leur bon sens, faire la part exacte de l'illusion littéraire, changer la mentalité collective dans les opinions touchant la drogue, en un mot déraciner, non une intoxication chez des gens tarés, mais une mode dangereuse chez des gens intelligents et cultivés.

Discussion :

M. Dupré (Paris). — M. Hesnard a-t-il observé des cas d'hystérie à la suite de la catastrophe de la *Liberté* ? — Non. — Ceci est en faveur des idées de Babinski. Les grandes émotions donnent des psychoses émotionnelles et ont peu d'influence sur l'hystérie.

On peut attribuer au choc émotionnel lui-même l'origine de la psychose, par action sur le dynamisme cortical, sans intervention du chaînon intoxication.

M. Lépine (Lyon). — Un officier de l'*Iéna*, à hérédité chargée, est venu plusieurs fois consulter. Il était resté dans sa cabine pendant l'explosion et l'incendie. Il n'a pas eu d'accidents hystériques. Il a eu de l'angoisse. C'était un arthritique précoce. Il s'est amélioré au moment de la débacle des chlorures.

Un autre malade, officier colonial, avait eu un choc émotif et une commotion réelle. Il a traversé une série d'états mentaux avec état général grave. On a parlé de paralysie générale. Quand M. Lépine l'a vu, il avait une rétention chlorurée considérable. Par l'emploi de diurétiques, on a vu les troubles mentaux se dissiper. On ne peut pas dire qu'il n'intervient pas un élément organique. Le choc émotionnel agit sur l'appareil régulateur des chlorures et ferme la porte.

M. Dupré (Paris). — Les perturbations humorales, sécré. toires, vasomotrices peuvent suffire à expliquer ces psychoses, qui, sans intermédiaire toxique, sont des conséquences immédiates de l'émotion.

M. Delmas (Paris). — Il a observé deux officiers devenus morphinomanes après avoir été opiomanes. Tous deux avaient l'idée que non seulement l'opium n'était pas un danger, mais au contraire un excitant intellectuel auquel il était commode de faire appel chaque fois qu'on avait un effort intellectuel à fournir. Cet état mental est des plus fâcheux et, comme le disait M. Hesnard, la prophylaxie doit tendre surtout à modifier l'état mental des officiers de marine.

M. Régis (Bordeaux). — La création de la psychiatrie dans l'armée ouvre à la psychiatrie des horizons nouveaux ; elle lui montre des problèmes intéressants qu'on ne rencontre pas dans la pratique ordinaire.

Les maladies exotiques fourniront aussi un important contingent par les psychoses insoupçonnées auxquelles elles donnent lieu.

Dans les psychoses par choc émotionnel. les troubles mentaux n'apparaissent que deux ou trois jours après le choc. Il en est de même pour la psychose post-opératoire. C'est que l'intoxication a besoin de temps pour se faire.

S'il n'y avait pas ce facteur toxique, pourquoi le délire ne se constituerait-il pas immédiatement ? Un malade ne guérit, dans ces cas, que quand la débacle urinaire a lieu. Le diagnostic et le pronostic se font avec le bocal d'urine et c'est encore une manière de rattacher la pathologie mentale à la pathologie générale.

Le signe de la poignée de main dans la démence précoce

par M. G. JACQUIN (Bourg).

Sous le nom de *signe de la poignée de main*, l'auteur réunit toutes les réactions motrices et psycho-motrices qu'on observe dans la main des déments précoces, invités à exécuter ce geste : main négativiste (passive et oppositionniste), main suggestible (docile et persévératrice), main maniérée, main stéréotypée; ces réactions, plus ou moins liées à la catatonie, se manifestent soit isolément, soit le plus souvent associées entre elles en des combinaisons diverses, mais qui toujours donnent à la poignée de main de ces malades un cachet bien spécial.

Le signe de la poignée de main se rencontre à toutes les périodes et dans toutes les variétés de la démence précoce, surtout dans les formes hébéphréno-catoniques.

De recherche simple et facile, d'apparition très précoce, ce signe constitue, à la période prodromique, un élément précieux de diagnostic.

Il permet en même temps de constater dans la main d'autres symptômes importants tels que : l'hyperhydrose palmaire, la cyanose, le refroidissement, les pseudo-œdèmes, etc.

Peu ou pas étudié jusqu'ici, je pense que le signe de la poignée de main mérite de prendre place, en raison de son importance et de sa valeur, parmi les symptômes d'alarme de la démence précoce.

A propos de quelques observations d'aliénés et de névrosés devant le conseil de guerre, par MM. les Drs LOUIS DE SANTI, ex-médecin principal de 1re classe, et PAUL VOIVENEL (de Toulouse).

Les auteurs donnent plusieurs observations — dont certaines fort intéressantes — de soldats, qui pour des délits divers, en particulier désertion et absence illégale, passèrent devant le Conseil de guerre. L'un des deux auteurs eut à faire l'expertise médico-légale des délinquants et conclut à leur irresponsabilité. Nous notons : plusieurs fois l'hystérie et débilité mentale, l'épilepsie larvée, l'excitation pseudo-maniaque, l'automatisme ambulatoire, l'hystéro-épilepsie, un subdélire passager de cause infectieuse.

Ce travail vient à l'appui des divers travaux de Régis, Simonin, Granjux, Chavigny, Antheaume et Mignot, Haury, et s'ajoute aux nombreux efforts faits pour introduire dans l'armée les notions théoriques et pratiques de la psychiatrie.

Les auteurs estiment eux aussi, qu'il convient dans les cas de réforme de ne pas se contenter des termes d'idiotie et d'imbécilité, et de préciser les diagnostics ; qu'il faut autant que possible obéir à la circulaire ministérielle du 3 juin 1897 pour laquelle « en principe, tout homme atteint d'aliénation mentale doit être réformé alors même que son état n'est pas reconnu

incurable » ; que l'augmentation des cas de réforme pour aliénation marque un progrès, les anormaux étant aujourd'hui mieux dépistés. Ils insistent sur la nécessité : *au moment du conseil de révision*, de la collaboration du maire et du médecin-major ; *au régiment*, de la collaboration de l'officier et du médecin. Ils espèrent que la campagne entreprise pour les arriérés scolaires, les efforts actuels pour donner aux instituteurs des idées précises sur les anormaux, profiteront indirectement à l'armée, le maire renseigné par l'instituteur pouvant transmettre des renseignements scolaires déjà précieux au point de vue médico-psychologique.

Contribution à l'étude des troubles mentaux dans la fièvre typhoïde, par le Dr Paul VOIVENEL, ancien chef de clinique des maladies mentales à l'Université de Toulouse.

L'auteur donne deux observations de troubles psychiques au début de la fièvre typhoïde où il était bien difficile, sinon impossible de rapporter ces troubles à l'infection intestinale. Alors que la psychose du début, présente surtout la forme de confusion mentale, alors que dans les cas les plus propices à l'erreur, on peut noter de la céphalée, des modifications urinaires rappelant le type fébrile, en état saburral des voies digestives, dans les deux observations actuelles, il y eut simplement des modifications du caractère et du désordre des actes. Le premier de ces malades âgé de vingt-un ans fit de l'excitation génitale et présenta des phénomènes hypomaniaques. Le second devint désobéissant, manqua à son travail, fit deux fugues de courte durée ; chez ce dernier l'état fébrile apparut immédiatement après une injection hypodermique arsenicale. Dans les deux cas, les parents consultèrent le spécialiste et seule l'évolution ultérieure permit de les rattacher à la fièvre typhoïde.

Note sur les syndromes pluriglandulaires expérimentaux, par M. le Docteur C. PARHON, Professeur à la Faculté de Médecine de Jassy, Médecin en chef de l hospice Socola, Mlle Eug. MATÉESCO et A. TUPA, internes des Hôpitaux de Bucarest.

L'étude des relations interglandulaires a montré que les

troubles d'une de ces glandes retentissent dans une mesure plus ou moins importante sur l'équilibre fonctionnel et l'état anatomique des autres, de sorte que on est conduit à penser que tous ou presque tous les syndromes de deficit ou d'hyperfonction attribués à telle ou telle glande représentent en réalité des syndromes pluriglandulaires.

L'importance de ces syndromes devient encore plus grande lorsqu'on prend en considération que les facteurs étiologiques qui déterminent les troubles glandulaires peuvent agir eux-mêmes sur plusieurs glandes à la fois.

Pourtant l'étude de ces syndromes est de date récente. Plusieurs auteurs tels que Massalongo, Mendel étaient arrivés à la conclusion que l'acromégalie résulte d'un trouble pluriglandulaire et c'est la conclusion à laquelle l'un de nous s'est rattaché à son tour dans une revue générale sur cette question en 1905.

Mais ce sont surtout les études de Claude et Gougerot qui ont donné une nouvelle impulsion aux recherches sur les syndromes pluriglandulaires et ont montré avec les thèses récentes de Rol et Sourdille la grande variation de ces syndromes.

Mais comme les cas cliniques sont plutôt rares et l'étude anatomopathologique de ces états ne peut-être faite que dans des cas plus rares encore, comme des lésions accessoires compliquent souvent l'interprétation des cas, il faut penser aussi à la lumière que la pathologie expérimentale pourrait apporter dans cette question.

Quelques recherches ont été faites déjà dans cette direction, mais elles sont encore trop peu nombreuses. C'est ainsi que l'état résultant de l'ablation totale de l'appareil thyroparathyroïdien chez le chien, le chat etc. représente en réalité un syndrome pluriglandulaire. Falta et ses collaborateurs ont trouvé que les troubles des échanges nutritifs résultant de l'ablation simultanée du corps thyroïde et du pancréas se rapprochent davantage de certains cas de diabète humain que ceux résultant de l'ablation du pancréas seul.

L'un de nous avec Goldstein chercha à réaliser un déséquilibre glandulaire se rapprochant de celui qui semble produire l'acromégalie. Ces recherches ont été trop peu continuées

pour donner des résultats cliniques évidents. En revanche elles ont montré qu'on peut déterminer de cette manière des altérations intéressantes dans les glandes endocrines. Cette question devra être reprise.

Dans cette note nous avons cherché à apporter une contribution à une autre face de la question. L'un de nous insiste dans plusieurs travaux sur l'importance des lipoïdes des glandes génitales et des capsules surrérales dans le développement du système pileux.

Il était donc intéressant de savoir si l'élimination dans la mesure possible de ces lipoïdes de la circulation ne pourrait amener des troubles dans le système pileux.

Les expériences qui suivent semblent montrer qu'il en est ainsi. Ces troubles sont surtout évidents si on enlève en même temps la glande thyroïde qui intervient également dans le développement de ce même système (Hertoghe, Lévi et Rothschild, etc).

Nous avons castré des animaux pour éliminer les lipoïdes des glandes génitales. D'autre part nous leur avons injecté de l'adrénaline pour déterminer une prolifération de l'écorce des surrénales, prolifération qui s'accompagne, ainsi que Babes l'a montré et que les expériences qui suivent le confirment, d'une diminution des substances lipoïdes de cet organe.

Bien que nos expériences soient encore trop peu nombreuses pour permettre une conclusion précise, elles nous semblent mériter la publication à titre de documents d'attente et pour attirer l'attention sur l'importance que de pareilles recherches pourraient avoir pour l'étude des syndromes pluriglandulaires.

Nous donnons donc le résumé de ces expériences en étudiant les phénomènes cliniques observés et l'état anatomo-pathologique des organes.

Nous ferons suivre chaque expérience des réflexions qu'elle nous suggère.

*Expérience Ire*. Chat de sexe masculin, poids 2785 gr. subit la double castration le 20 décembre 1912. Dix jours plus tard on lui enlève le corps thyroïde en respectant deux parathyroïdes. Le 4 janvier on commence des injections sous-cutanées d'adrénaline de 1 cmc. de la solution à 1/00 (Takamine).



Expérience première. — Remarquer la région cutanée desquamée où les poils sont absents.

Le 16 janvier on remarque que les poils commencent à tomber surtout dans la région latérale du ventre.

Le 18 janvier on observe en outre une légère desquamation cutanée dans la même région.

Cet état alla en s'accentuant au fur et à mesure qu'on continuait les injections et que le temps passait. Les poils continuent à tomber spontanément ou se laissent étirer par des légères tractions de sorte que le 20 février, lorsque l'animal a été photographié, on observait une large plaque cutanée en pleine desquamation et sans poils. La chute des cheveux et la desquamation étaient plus accentuées dans les régions où on pratiquait les injections mais n'y étaient pas localisées exclusivement.

Le traitement a été interrompu le 20 février et l'animal sacrifié le 26 février. Il pesait alors seulement 2390 gr. Il avait donc maigri de 395 grammes.

Voici l'examen microscopique de quelques organes. Les surrénales présentent la substance corticale très développée donnant l'impression d'une hypertrophie indiscutable. La couche glomérulaire, comme celle reticulée et fasciculée sont pauvres en lipoïdes, ainsi que le montre la coloration par le scharlach; pourtant avec la coloration à l'hématoxyline éosine sur des coupes parafinées les cellules de la couche glomérulaire ont une structure spongyocitaire.

Sur ces coupes les cellules de la partie externe de la couche fasciculée ont un protoplasme colorable par l'éosine.

Sur les coupes (au microtome de congélation) colorées par le scharlach on n'observe pas de cellules riches en granulations et gouttelettes lipoïdes. Tout au plus trouve-t-on par ci par là quelques cellules plus riches en pareilles granulations et dans lesquelles on peut soupçonuer les anciennes spongyocites.

Dans les deux tiers internes de la couche fasciculée ainsi que dans celle réticulée les cellules sont petites et nombreuses donnant l'impression d'un intense processus prolifératif. On rencontre aussi dans ces cellules des granulations lipoïdes (relativement peu nombreuses) colorées ici en châtain clair tandis que dans les cellules de la portion externe de la corticale ces granulations sont rouges orange. La médullaire est relativement peu développée et d'apparence normale.

Dans le pancréas nous avons noté des formations très volumineuses, s'écartant par leur structure des acini et rappelant plutôt les ilots de Langehans. Le foie à cellules du type nettement aréolaire.

La rate présente à ce qu'il semble plus de tissu conjonctif que normalement (sclérose). La vascularisation pas trop prononcée. Les corpuscules de Malpighi bien représentés.

Dans les reins on remarque outre la structure aréolaire de leurs cellules une sclérose assez prononcée des glomérules ainsi que dans le reste de ces organes.

Des coupes de la peau montrent une abondante desquamation de la couche cornée.

Dans cette expérience les troubles du système pileux sont très évidents. Mais des difficultés surgissent lorsqu'il s'agit de préciser leur pathogénie.

Nous avons noté l'influence des injections d'adrénaline sur la localisation de la chute des poils. La vasoconstriction déterminée par cette substance pourrait avoir sa part dans les troubles précités. On devra chercher à l'éliminer dorénavant le plus possible.

On devra chercher à détruire par d'autres moyens (ou en éliminer les lipoïdes) l'écorce surrénale.

Les différentes altérations des organes, l'état du pancréas, des surrénales, des reins sont aussi à retenir pour des recherches ultérieures. Notons en outre dans ce cas les troubles cutanés rappelant l'ichtyose.

L'ichtyose de l'homme pourrait être elle aussi en fonction d'un trouble pluriglandulaire.

Expérience II[e]. Chat (2700 gr.). Double castration testiculaire le 27 janvier. Ablation de la thyroïde (en respectant deux parathyroïdes) le 25 janvier. Le 28 janvier on commence à lui faire journellement des injections sous-cutanées d'adrénaline (takamine) (1/1000) 1 cmc. chaque jour.

L'animal succomba par une infection de la plaie opératoire (scrotale) et une ophtalmie purulente le 13 février. Pendant ce temps on remarqua une chute des poils pas trop prononcée.

A l'ouverture du ventre on remarqua surtout la congestion du foie.

Voici la description histologique de quelques organes. Les

surrénales présentent la couche glomérulaire d'apparence spongyocitaire. Pourtant cette apparence est moins marquée que dans le cas précédent. En revanche la couche fasciculée présente un plus grand nombre de cellules présentant une pareille structure, bien que pas trop marquée. La couche réticulée se caractérise surtout par une congestion prononcée. La congestion existe, mais moins prononcée aussi dans les autres couches.

Le foie présente une congestion énorme (foie du type cardiaque), ses cellules ont la structure compacte non aréolaire. Dans la rate on observe également une congestion considérable. Même remarque pour les reins inclusivement les glomérules.

La courte durée de l'expérience la rend peu utilisable pour les troubles du système pileux. L'infection surajoutée rend de même peu utilisable l'étude des organes eux-mêmes. Mais ces infections elles-mêmes sont intéressantes à signaler, car les glandes endocrines interviennent largement dans la défense de l'organisme, le fait est démontré pour la thyroïde et récemment Mme Parhon et l'un de nous ont observé la plus grande résistance des animaux traités par le corps thyroïde à une épidémie de choléra des poules.

On devra avoir donc l'attention fixée aussi sur ce côté de la question.

Expérience III. Chat (3300 gr.) de sexe masculin. Double castration le 21 janvier. Le 29 on commence à lui faire journellement des injections d'adrénaline Takamine à 1/1000, 1 cmc. par jour, sous les téguments.

Le 20 février, l'animal est sacrifié. Il pesait alors 3652 gr. Il a donc augmenté pendant ce temps de 352 grammes.

On remarqua une chute des poils pas trop marquée.

Voici l'examen microscopique de quelques organes. Les capsules surrénales présentent la couche glomérulaire du type spongyocitaire. Dans la couche fasciculée on observe des ilots de spongyocytes. La partie interne de cette couche est formée par de très nombreuses cellules de petites dimen sions se continuant insensiblement avec celles de la couche

réticulée. On a l'impression d'un processus prolifératif. La médullaire ne semble pas présenter d'altérations.

Le pancréas se caractérise par la rareté et le faible volume des ilots de Langerhans.

Le foie est constitué en grande partie par des cellules du type aréolaire. Ces cellules occupent la moitié ou les deux tiers externes du lobule ou même le lobule n'est constitué que par des cellules de ce type.

La rate très richement vascularisée. Les reins très riches en substances lipoïdes. Les glomérules en bon état.

Cette description concerne les coupes parafinées colorées par l'hématoxiline-éosine. Sur des coupes (au microtome de congélation) colorées par le scharlach, on observe dans la couche glomérulaire et seulement dans de très rares glomérules des granulations lipoïdes plus abondantes. Dans la couche fasciculée ces substances sont également très diminuées bien que la majorité de ces cellules contiennent encore des granulations ou des gouttelettes lipoïdes. Cette diminution est moins marquée dans le quart externe de cette zone que dans les 3 quarts internes. mais même dans le quart externe on n'observe que de rares cellules contenant des gouttes lipoïdes plus volumineuses et on ne peut pas distinguer une véritable zone spongyocitaire comme dans les surrénales des chats, normales. Dans la médullaire on n'observe que de rares et fines granulations lipoïdes.

Dans cette expérience la thyroïde a été conservée et les troubles du système pileux ont été moins prononcés. Mais la durée de l'expérience (que des circonstances indépendantes de notre volonté nous ont forcé d'interrompre, a été aussi plus courte.

Signalons l'augmentation pondérale de l'animal dans cette expérience et la diminution dans la précédente. (Exp. 1re). L'état desorganes est à retenir ici aussi.

Enfin, l'une de nous (Mlle Matéesco) s'est demandée que deviendrait un animal dont l'organisme serait imprégné d'un excès de toutes ou de la plupart des sécrétions glandulaires.

C'est dans ce but que l'expérience qui suit a été faite.

Il est probable que dans de pareilles circonstances les différentes substances n'agissaient pas toutes dans le même

sens, que certaines d'entre elles pouvaient même se neutraliser. Mais précisément pour ces motifs la question mériterait d'être étudiée expérimentalement. La durée de l'expérience qui suit a été trop courte pour permettre une conclusion. Nous avons été forcé de l'interrompre, pour des circonstances indépendantes de notre volonté.

Exprience IV. Chat (1530 gr.). Est soumis à un traitement pluriglandulaire depuis le 8 février. Il reçoit 2 cmc. d'une émulsion de lipoïdes testiculaires (1/25), 1 cmc. d'une émulsion de lipoïdes surrénaux et une pastille de 0 gr. 10 d'hypophyse (Merck) et une pastille de 0,10 centig. de glande thyroïde (Welcome). Le 23 février lorsqu'on sacrifia l'animal, son poids était de 1745 gr.

Le témoin de la même portée pesait 1240 gr. le 8 février et 1510 gr. le 25 février. Ce dernier augmenta donc de 270 gr. tandis que l'animal traité augmenta seulement de 215 gr.

Nous avons pratiqué dans ce cas des coupes microscopiques de plusieurs organes et voici ce que nous avons trouvé.

La thyroïde est formée par de belles vésicules riches en substance colloïde à réactions tinctoriales normales. Les cellules des vésicules sont cubiques. On ne remarque pas des altérations proprement dites telles que desquamations cellulaires, éclatement des vésicules, dilatations kystiques, etc. Pas de sclérose, ni de congestion.

Une parathyroïde sectionnée en même temps que la thyroïde se présente constituée par de belles cellules épitéliales à noyau central, avec protoplasme assez abondant, mais sans chromophilie marquée. Les cellules étaient plutôt chromophobes.

Les surrénales présentent la couche glandulaire constituée par des cellules de type nettement spongyocitaire. La couche fasciculée se laisse séparer en deux zones dont l'externe est constituée par de belles cellules spongyocitaires, l'interne étant par contre constituée par des cellules prenant l'éosine et sans structure aréolaire comme les précédentes.

Rappelons que la structure aréolaire est due à la dissolution des nombreuses granulations et gouttelettes lipoïdes qui remplissent les cellules spongyocitaires.

La couche réticulée peu développée. La médullaire ne semble pas présenter quelque chose d'anormal.

Le foie se caractérise par la structure aréolaire de ses cellules (lipoïdes, glycogène ?)

Dans le pancréas les îlots de Langerhans sont petits et plu tôt rares.

Les reins sont normaux ou semblent tels.

Retenons de cette expérience la plus faible augmentation pondérale de l'animal traité par rapport au témoin.

Quelques essais opothérapiques chez des malades à troubles nerveux et psychiques, par C. PARHON, professeur à la Faculté de médecine de Jassy, médecin en chef de l'hospice Socola, Mlle EUG. MATÉESCO et A. TUPA, internes des hôpitaux de Bucarest.

Nous relaterons dans cette note quelques recherches opothérapiques que nous avons faites chez des malades de l'hospice d'aliénés Marcoutza pendant l'année 1912-1913.

Certaines de ces recherches ont été peut-être trop peu continuées.

L'absence des substances que nous avons cherché à étudier et d'autres circonstances indépendantes de notre volonté nous ont empêché de les suivre assez longtemps.

Pourtant il nous a semblé intéressant de les mentionner pour attirer l'attention d'autres observateurs sur certains côtés de la question de l'opothérapie, en nous réservant le droit de reprendre nous-mêmes ces recherches lorsque l'occasion se présentera.

Les recherches qui suivent ont été faites soit dans un but thérapeutique pour étudier l'action médicamenteuse de certaines substances ou contrôler les résultats d'autres auteurs, soit dans un but purement expérimental ainsi que nous allons le montrer plus loin.

Nos recherches concernent l'opothérapie hypophysaire, thyroïdienne, (seule ou combinée avec celle ovarienne) ou orchitique, le traitement parathyroïdien, enfin celui par les lépoïdes des capsules surrénales et ceux de l'écorce ou de la substance blanche du cerveau.

C'est ainsi que dans deux cas de démence précoce (chez deux femmes), nous avons employé l'opothérapie hypophysaire. En voici les résultats :

St. Sc. 30 kgr. (Démence précoce?). Tension artérielle 16 au Potain. Le 6 novembre commence à prendre chaque jour une tablette de 70 centigrammes d'hypophyse (Merck) Le 27 novembre la tension sanguine = 18.

Depuis le 29 novembre prend deux tablettes, donc 0,20 centigrammes par jour. Le 24 décembre le poids est monté à 37 kgr. et le 17 janvier à 42 kgr. On suspend le traitement ce jour. L'état psychique n'a pas semblé influencé.

L. O. (démence précoce). Commence le traitement le 17 novembre, à une tablette de 0 gr. 10 par jour. Son poids est de 37 kgr. Depuis le 27 novembre prend deux tablettes par jour. Le 24 décembre le poids est monté à 43 kg. Pas d'amélioration psychique appréciable.

M. B. Syndrome de Basedow. Tabès. Commence le traitement le 17 novembre et continue (une tablette de 10 centigr. par jour) jusqu'au 27 novembre. La tension sanguine étant de 19 au commencement et de 23 le 27 novembre. La malade accusa alors des maux de tête et on suspendit le traitement. La tachycardie qui était aux environs de 120 n'a pas été influencée.

On peut conclure que le traitement hypophysaire détermine une élévation de la tension sanguine ainsi qu'une augmentation pondérale. Le premier fait est noté par la plupart des auteurs. Le second est moins bien connu.

Certains auteurs l'ont recommandé dans le syndrome de Basedow (Renon et Azam, Dellille, Parisot). L'un de nous l'a employé chez un jeune basedowien où il détermina une amélioration subjective du malade sans améliorer la tachycardie. En tout cas il nous semble contre-indiqué chez les basedowiens hypertendus.

Moussu employa l'opothérapie parathyroïdienne dans un cas de syndrome de Basedow et obtint des résultats satifaisants.

Nous avons employé ce même traitement dans un cas de ce syndrome (même malade que celle chez laquelle nous avons essayé l'opothérapie hypophysaire), en commençant le 20 août. Elle prit d'abord une tablette par jour (du médicament fourni par la fabrique Redlich de Berlin). Depuis le 23 septembre-2 novembre la malade prit 3 tablettes par jour avec de temps en temps des interruptions de quelques jours, la malade allantdans sa famille.

Nous n'avons pas observé une influence manifeste sur l'état de la malade. La tachycardie surtout n'a pas été influencée.

Chez un jeune idiot, âgé de 17 ans, nous avons essayé l'opothérapie par les lipoïdes des capsules surrénales. La taille du malade au commencement de nos recherches (22 septembre 1912) était de 1 m. 40, le poids 31 kgr. 500. Il reçut chaque jour 1 centimètre cube d'une émulsion à 1/25.

Le 23 décembre le malade pesant 32 kgr. 200. La taille était de 1 m. 43. Le traitement fut suspendu pendant 10 jours puis repris de nouveau le 31 décembre, le 22 janvier la taille n'avait pas changé. Le 25 janvier on cesse le traitement.

Nous avons essayé encore ce même traitement en même temps que le traitement thyroïdien chez un malade atteint d'ichtyose chez lequel ce dernier traitement seul avait produit une amélioration évidente, mais pas la guérison. Le temps pendant lequel le traitement combiné fut continué fut trop court pour nous permettre de tirer une conclusion.

Dans le premier cas il semble que le traitement par les lipoïdes surrénaux a accéléré la croissance, en même temps les poils ont commencé à pousser sur la lèvre supérieure. On peut voir dans ce phénomène un signe de puberté et il faut dire que c'est précisément dans le but de chercher l'action à ce point de vue des lipoïdes surrénaux que nous avons administré le traitement dans ce cas. Il semble que ces substances ont une action parallèle et synergique aux lipoïdes des glandes génitales et on sait que Morlat a décrit un infantilisme surrénal.

Dans deux cas d'épilepsie nous avons essayé les lipoïdes cérébraux.

Ch. Epilepsie, 42 kil. : le 14 décembre. Commence un traitement avec les lipoïdes (extrait éthéré total) de la substance grise du cerveau, 4 centigrammes par jour en injections souscutanées (1 cmc. d'une émulsion à 1/25). Depuis le 2 janvier, elle reçoit 2 cmc. par jour. Le 7 janvier le traitement est suspendu.

Le 12 et le 13 janvier, puis le 20 janvier-26 janvier, reçoit la dose de 1 cmc. par jour d'une émulsion de 1/25 des lipoïdes de la substance blanche.

Au mois de février le poids fut trouvé seulement de 41 kilogr.

Pendant les 27 jours de traitement par les lipoïdes de la substance grise la malade eut 17 accès. Pendant les 27 jours qui ont précédé ce traitement elle eut 35 accès, donc un nombre double

Pendant les deux premiers jours de traitement par les lipoïdes de la substance blanche la malade eut deux accès. Pendant les cinq jours qui suivirent (sans lipoïdes) elle eut 12 accès. Pendant les sept jours de nouvelles injections elle n'eut que deux accès. Il semble donc que dans ce cas les lipoïdes ont exercé une action salutaire manifeste sur les accès d'épilepsie.

P. Epilepsie, 50 kgr. Commence des injections quotidiennes de 1 cmc. de l'émulsion des lipoïdes de la substance blanche du cerveau. Le 9 janvier on suspend le traitement. La malade recevait les injections de très mauvaise humeur, elle s'agitait beaucoup. Elle maigrit dans ce temps de 4 kilos. Pendant les 18 jours de traitement la malade eut 7 accès, pendant les 18 jours précédents elle eut 8 accès. Dans ce cas l'action de la médication n'a pas été évidente. Mais il faut prendre en considération, pensons-nous, aussi l'état psychique de la malade.

Dans le cas suivant nous avons établi un traitement thyro-orchitique.

J. K., 18 gr. 820. Taille, 1 m. 17. Idiotie. Reçoit depuis le 30 décembre 2 cmc. d'une émulsion de lipoïdes testiculaires 1/25 ainsi qu'une tablette de 10 centigr. de glande thyroïde. Le 15 janvier on suspend le traitement, car le malade se sent mal, il a des douleurs articulaires, les articulations sont gonflées, le dos des mains est le siège d'un œdème. Le malade succombe après quelques semaines.

Le but de l'expérience précédente a été de chercher à produire expérimentalement le syndrome de la puberté précoce que Brissaud croit pouvoir attribuer à l'hyperthyroïdisme et dans lequel selon nous, les testicules ou les ovaires ont un rôle capital et probablement indispensable. Le malade succomba malheureusement et l'expérience a dû être interrompue pendant sa maladie. Le traitement a-t-il eu quelque part dans l'éclosion des troubles observés? Il nous est impossible de donner une réponse précise.

Le malade At. A. reçoit depuis le 30 novembre 2 cmc. de la même émulsion orchitique. C'est un malade atteint de démence précoce qui s'est enlevé les deux testicules. Il a les apparences habituelles des castrés. Seulement un commencement des moustaches.

Depuis le 5 février reçoit, 2 cmc. et depuis le 11 février 3 cmc. Dans ce cas nous avons observé une poussée évidente des poils de la barbe qui a continué jusqu'à maintenant. Le traitement continue.

La constatation faite dans le cas précédent a, d'après nous, une importance de premier ordre. Elle confirme l'opinion sou-

tenue par l'un de nous dans plusieurs travaux antérieurs, opinion d'après laquelle ce sont les substances lipoïdes qui entretiennent le développement du système pileux du corps et la différence des sexes au même point de vue. Ces substances s'éliminant périodiquement chez la femme par le sang menstruel ou s'accumulant dans les œufs chez les oiseaux, le développement du système pileux du corps ou du plumage est moins abondant dans le sexe féminin que dans le sexe masculin. Chez les animaux ou une pareille différence dans la distribution des lipoïdes ne se constate pas (chien, chat, lapin, etc.), on ne trouve pas non plus une différence dans le développement du système pileux du corps.

L'expérience suivante a été faite toujours en vue de produire le syndrome de la puberté précoce.

La malade A. M., 10 ans. Idiotie. Poids 25 kgr., taille 1 m. 185 mm., et la malade S. W., 12 ans. Poids 25 kgr., taille 1 m. 196 mm (même diagnostic). Commencent à prendre depuis le 8 novembre 0,25 centigr. de poudre de glande thyroïde tous les deux jours.

Le 19 décembre, A. M., 1 m. 190 mm. ; S. W., 1 m. 213.

On réduit la dose à 0,10 centigr. tous les deux jours.

Le 5 février, A. M., 1 m. 205 et 24 krg. 50. On commence à lui administrer aussi des lipoïdes ovariens 2 cmc. par jour d'une émulsion à 1/25. Le traitement est continué jusqu'au 28 février sans résultat évident au point de vue de l'action de ce traitement concernant les phénomènes pubéraux. Les menstrues ne sont pas apparues, ni poils aux régions d'élection ou un développement des mamelles.

Plusieurs auteurs ont vu de bons résultats par l'emploi du traitement thyroïdien dans l'ichtyose. Le cas suivant confirme ces résultats.

J. S., 40 kgr. Tuberculose ganglionnaire. Dépression psychique. Ichtyose légère. Prend depuis le 1er décembre-21 décembre une pastille thyroïdienne de 0,10 centigr. tous les deux jours. Le 21 décembre la malade ne pèse que 37 kgr. L'ichtyose presque disparue. On suspend le traitement.

Signalons enfin en passant les bons effets obtenus par le traitement thyroïdien dans un cas d'infantilisme avec confusion mentale, effets concernant autant l'état somatique que l'état psychique. Au dernier point de vue le traitement thyroï-

dien a déterminé d'abord un état d'excitation qui a été suivi de la disparition de l'état confusionnel et de la guérison du malade.

Nous nous proposons de publier ailleurs *in extenso* l'observation de ce malade.

Un cas d'hémianesthésie corticale sans paralysie motrice, suivi d'autopsie par V. TRUELLE, médecin en chef des asiles de la Seine.

J'ai pensé qu'il pouvait n'être pas déplacé de relater, à la suite du rapport si clair et si précis de M. Monier-Vinard sur les *anesthésies dans l'hémiplégie cérébrale,* l'observation suivante.

Il s'agit d'une malade qui, à la suite d'un vaste ramollissement du lobe pariétal droit, a présenté, en même temps qu'une apraxie complexe, une hémianesthésie gauche sans paralysie motrice bien nette.

L... âgée de 57 ans environ, ancienne cuisinière, entre dans le service le 1er mars 1911. Les renseignements font totalement défaut. On apprend seulement qu'elle a été internée en 1907 pour des troubles démentiels, et que, depuis lors, son état n'a pas sensiblement varié.

C'est manifestement une démente organique, dont voici, les principales anomalies :

I. **Etat mental.** — *Troubles profonds de la mémoire :* amnésie totale d'acquisition, oubli complet et immédiat des faits récents cependant perçus, de quelque nature qu'ils soient; souvenirs anciens faiblement évoqués. Son instruction a été des plus rudimentaires, elle en a pourtant conservé quelques bribes.

Troubles considérables de l'attention : attention spontanée généralement nulle, indifférence au milieu, désintérêt pour les faits extérieurs. Attention provoquée souvent difficile et toujours vite épuisée.

Désorientation très prononcée dans le temps et dans l'espace; elle ignore son âge, la date, le temps écoulé, etc.; elle s'égare dans les salles, dans les couloirs, ne sait retrouver son lit.

Activité volontaire spontanée diminuée : inertie habituelle, traversée toutefois par des accès de turbulence diurne avec légère

excitation intellectuelle; pas d'entraves dans l'activité volontaire quand celle-ci se manifeste.

Jugement réduit. Pourtant elle sait qu'elle est malade, elle apprécie justement le rôle de la plupart des personnes qui l'entourent, et exprime à plusieurs reprises, mais sans continuité le regret de son insuffisance actuelle.

Compréhension, bonne, sauf quand, la fatigue intervenant, l'attention est distraite ou nulle. Alors il intervient des phénomènes multiples de *persévération*, que nous retrouverons plus loin.

Le *cours des idées* est très restreint, l'inertie intellectuelle semble de règle; mais quand, spontanément, ou par le moyen d'excitations extérieures, cette inertie est vaincue, on ne constate pas de ralentissement ni d'entrave dans les opérations psychiques.

L'*humeur*, quand la malade est sortie de son ataraxie fréquente, reste ordinairement bienveillante et joviale, avec seulement des accès d'impatience lors de certains examens.

L'*affectivité* est profondément affaiblie, et très fugace quand par hasard elle se manifeste.

Le *sens moral* laisse beaucoup à désirer (il n'a jamais dû être excessif); le sentiment des convenances est à peu près nul.

Tenue négligée et désordonnée; malpropreté sans gâtisme.

Pas de *délire*, pas de fabulation, pas de fausses reconnaissances. Pas d'agitation, sauf les accès de turbulence cités; ceux-ci, d'ailleurs, sont le plus souvent provoqués par les conversations tenues avec la malade.

II. **Troubles moteurs**. — Très légère *hémiparésie faciale gauche* (?) sans déviation de la langue.

Pas de *paralysie motrice* appréciable des *membres*: (main droite 10, main gauche 5). Peut-être constate-t-on tout de même une fatigue plus rapide pour le M. s. g., légère exagération des *réflexes* tendineux, un peu moindre au poignet gauche; pas de Babinski. *Démarche* mal assurée sans caractère spécial (hésitation dans la direction à suivre et dans le but à atteindre) légère *dysarthrie*, sans caractère spécifique.

Myosis avec conservation des réflexes oculaires.

III. **Troubles aphasiques**. — Parole spontanée, bonne, sauf un peu d'*aphasie amnésique* et parfois quelques troubles paraphasiques. Parole répétée normale. Pas de surdité verbale. *Alexie* très prononcée, littérale, mais surtout verbale, paralexie. *Agraphie* presque totale; n'écrit son nom qu'avec difficulté; écriture dictée et copiée à peu près nulle.

IV. Reconnaissance visuelle et dénomination des objets. — A part quelques erreurs ou quelques absences de réaction dues à la fatigue, au défaut d'attention ou à la *persévération*, elle reconnait les divers objets usuels qu'on lui présente, soit au naturel, soit en dessin ; mais souvent elle n'en trouve pas le nom et ne peut qu'en décrire l'usage ; si on lui souffle la première syllabe, elle achève d'elle-même (*aphasie amnésique* et *aphasie optique*).

V. Troubles apractiques. — *Mouvements simples intransitifs* : très irréguliers ils subissent les fluctuations de l'attention et les résultats sont souvent faussés par la persévération ; ils sont d'autant plus mauvais que les exercices se prolongent plus longtemps. Toutefois ils apparaissent, dans l'ensemble, plus imparfaits, plus incomplets, parfois même nuls au M. S. gauche. Ainsi l'ordre d'étendre simultanément les 2 bras n'est exécuté qu'à droite, le *bras gauche restant immobile,* demi-fléchi, collé au corps ; ou bien si l'on insiste, ne se soulève que légèrement, l'avant-bras toujours en flexion. De même pour l'acte d'étendre et d'écarter simultanément les doigts des deux mains qui, correct à droite, est nul ou vaguement indiqué à gauche.

Mouvements simples transitifs : mêmes remarques générales que précédemment, avec toutefois une amélioration notable pour la main droite, et au contraire une aggravation pour la *main gauche qui le plus souvent reste immobile, tandis que la malade fait des efforts pour dégager sa droite maintenue.* Quand enfin elle parvient à saisir l'objet imposé avec sa main gauche, elle le fait maladroitement, et d'une façon non adéquate à l'utilisation de l'objet.

Mouvements réfléchis : généralement bons à droite, sauf quelques erreurs de persévération et parfois un certain retard ; franchement mauvais à gauche : la malade reste immobile, disant par exemple, à l'ordre de toucher son front de sa main gauche : « je ne sais plus où il est mon front, ça c'est un peu fort », ou bien exécutant des mouvements quelconques parvenant rarement à l'accomplissement précis de l'acte quand on insiste patiemment.

Mouvements expressifs : très irréguliers ; tantôt, avec la main droite ou avec les membres inférieurs, elle les exécute correctement, tantôt, et c'est le plus souvent, elle ne les accomplit qu'imparfaitement. C'est ainsi que, priée de faire avec la main droite un signe de croix, elle trace correctement une croix sur sa couverture en disant : « au nom du père, etc. », puis quand on insiste

elle ébauche le geste classique, mais ne l'achève pas. Toutes les épreuves du même genre tentées avec la main gauche sont toujours et nettement plus défectueuses.

Mouvements descriptifs : plus mauvais que les précédents avec toujours une prédominance à gauche. Nombreuses fautes de persévération ; les différents actes sont indiqués plus ou moins imparfaitement, ou d'autres substitués qui ont été précédemment commandés. Fatigue et énervement particulièrement rapides.

Actes transitifs complexes : aucun ne peut être complètement exécuté, pour des raisons diverses. Tout d'abord le plus souvent, *le bras gauche reste inerte, pendant que la malade fait de pénibles efforts pour mener à bien avec sa seule main droite*, qui d'ailleurs travaille correctement, tel ou tel acte qui nécessiterait l'usage des deux mains (mettre une lettre dans une enveloppe, nouer deux cordons, etc.). Il arrive aussi, au cours des tentatives infructueuses et prolongées, que la malade oublie le but poursuivi. Enfin, après de nombreuses sollicitations, la main gauche s'efforce parfois de concourir avec la droite à l'accomplissement de l'acte, mais elle le fait très maladroitement, gênant cette dernière plus qu'elle ne l'aide.

Mouvements imités : ce sont de tous les plus défectueux, et ils le sont presque autant à droite qu'à gauche.

Autokinétismes · ici encore quand il devrait y avoir travail simultané des deux mains la gauche n'agit pas ou mal, tandis que la droite opère normalement.

Au cours de ces différents exercices apparaissent à chaque instant des phénomènes de *persévération* active et passive.

VI. **Troubles sensitivo-sensoriels**. — *Amblyopie* et *hémianopsie gauche*. Pas d'autres troubles sensoriels mis en évidence, sauf légère hypoacousie. Conservation des réflexes cutanés. Pas de troubles subjectifs de la sensibilité.

Sensibilité superficielle : (tact, douleur, S. thermique) : conservée dans tous ses modes, y compris l'appréciation et la localisation sur tout le côté droit du corps. A gauche, et selon une limite médiane précise, les résultats sont contradictoires et déroutants : à certains moments la S. est de ce côté conservée avec cependant un défaut de précision dans l'appréciation et la localisation de la sensation, mais sans prédominance distale nette des troubles ; à d'autres la malade est nettement et complètement hémianesthésique ; même lorsqu'un contact douloureux provoque un réflexe défensif, la malade dit n'avoir rien perçu. Quand, simultanément, on pratique un attouchement ou une piqûre avec la même inten-

sité en deux points symétriques ou non de chacune des deux moitiés du corps, de la face ou des membres, seule est perçue la sensation correspondant au côté droit; elle est aussi convenablement appréciée et localisée. Dans le même moment il arrive qu'une piqûre ou un contact isolés à gauche, sont, de ce côté, normalement perçus. Si dans l'épreuve simultanée la piqûre est notablement plus forte à gauche qu'à droite, il y a alors double perception avec toujours un peu de vague dans la localisation de ce côté. Si la différence est faible, il n'y a pas de perception à gauche, malgré la possibilité de réflexes défensifs.

Ces épreuves, répétées à différentes reprises, et à des époques diverses, ont toujours donné les mêmes résultats. L'état mental de la malade n'a pas permis de pousser ces recherches dans le détail. En particulier on ne saurait affirmer qu'il y ait eu une différence de perception entre les S. tactile, douloureuse et thermique. Tout ce qu'on peut dire c'est qu'elle semblait bien percevoir, tout en la niant, tout en l'ignorant, une excitation douloureuse.

Sensibilité profonde. Normale à droite, elle est défectueuse à gauche, avec cependant parfois des réveils partiels.

Le sens musculaire dans tous ses modes (notion des attitudes segmentaires, sens kinestétique, notion des mouvements passifs, notion de résistance, de force et de poids) est fort compromis à gauche. Interrogée sur l'attitude spontanée ou imposée de son M. S. G. la malade répond « je n'en sais rien », ou bien décrit celle du droit, et, si l'on insiste, elle ajoute : *je n'ai pas d'autre main* (que la droite) puis elle rit aussitôt de sa bévue; ou bien encore elle s'énerve et déclare qu'elle *ne la voit pas* (Bien entendu les yeux sont tenus fermés). Certaines fois cependant, mais exceptionnellement à la vérité, elle peut décrire avec une certaine approximation l'attitude demandée.

Elle est totalement incapable de reproduire à droite les attitudes données à son M. S. G ; dans l'épreuve inverse le membre gauche indique parfois le geste, mais ne réalise l'attitude que très imparfaitement; d'autres fois la malade laisse son bras gauche inerte et se fâche en déclarant qu'elle ne peut pas « puisqu'on lui tient le bras » (c'est le droit qui est tenu).

Le sens stéréognostique est normal à droite. A gauche il y a non seulement asymbolie tactile, mais encore astéréognosie complète. Même souvent la malade déclare ne rien avoir dans la main (elle ne perçoit évidemment que sa droite, car elle montre celle-ci), et il lui arrive de laisser échapper inconsciemment l'objet

donné. Il convient d'ajouter, et ceci est, je crois, très important, *qu'elle ne fait avec sa main gauche aucun mouvement de palpation* ce qui suffirait à la mettre dans l'impossibilité de percevoir aucune qualité stéréognostique de l'objet, tandis qu'à droite elle soupèse et palpe normalement.

Dans l'exposé des constatations qui précèdent, ont été éliminées les erreurs et les confusions dues à la persévération qui se manifeste ici comme précédemment. Tel fut au point de vue psychique, moteur et sensitif l'état de la malade depuis une époque indéterminée, mais certainement antérieure de plusieurs années à mars 1911, jusqu'au 26 septembre 1911, date à laquelle elle mourut rapidement en quelques jours d'attaques épileptiformes.

Résultats de l'autopsie — Rien de particulièrement intéressant dans les différents organes splanchniques.

Encéphale : poids 1020 gr., cervelet et isthme compris. Athérome artériel discret, pie-mère non épaissie et non adhérente. Pas de granulations ventriculaires. Pas de lymphocytose rachidienne pendant la vie.

Hémisphère droit (fig. 1 et 1bis) : ancien et vaste foyer de ramollissement, détruisant la presque totalité du lobe pariétal et une partie du lobe temporal ; limité en avant par P^a partiellement atteinte surtout dans sa partie inférieure et réduite à environ la moitié de son épaisseur normale ; s'étendant en arrière jusqu'au lobe occipital, il se prolongeait en bas sur presque tout le lobe temporal, ne respectant que l'extrémité antéro-inférieure de celui-ci, et la partie toute postérieure de T^2 et de T^3. A la face interne, il se continuait en arrière du paracentral indemne, détruisant partiellement le précunéus et une petite aire de la première circonvolution limbique en avant du bourrelet calleux, sans toutefois atteindre la scissure pariéto-occipitale interne. Il empiétait de même sur la face inférieure, selon une emprise triangulaire à pointe interne, correspondant à la région moyenne de T^3, sans atteindre le lobe fusiforme.

En coupe horizontale (fig. 2 et 2bis), ce ramollissement apparaissait médiocrement pénétrant dans sa moitié antérieure (insula et T^1), mais plus profond en arrière, où il s'avançait jusque vers la corne occipitale du ventricule latéral, sans toutefois l'atteindre. Quelques petites lacunes dans le thalamus et le noyau lenticulaire.

Hémisphère gauche (fig. 3 et fig. 3bis). Sur l'hémisphère gauche existait un autre foyer de ramollissement, d'apparence moins ancien, triangulaire à pointe antérieure, détruisant les deux tiers postérieurs de T^2 et en arrière, une faible partie de T^3.



Fig. 1.



Fig. 1 *bis*.



Fig. 2.



Fig. 2 *bis*.



Fig. 3.



Fig. 3 *bis*.

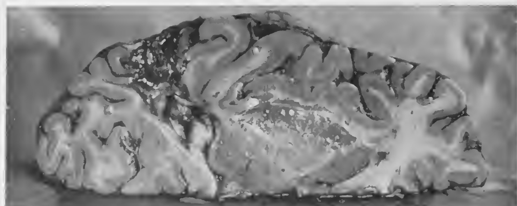


Fig. 4.

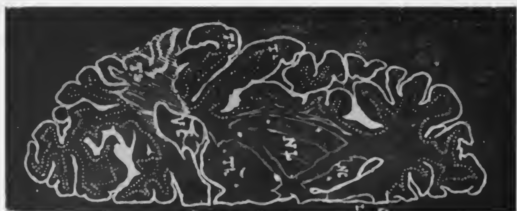


Fig. 4 *bis*.

En coupe horizontale (fig. 4 et 4bis) il apparaissait très profond, mais bien limité et sur une faible hauteur, détruisant totalement la substance blanche sous-jacente jusqu'à la corne occipitale du ventricule latéral dont la paroi externe était elle-même effondrée. De ce côté aussi il y avait quelques lacunes dans les noyaux centraux dont l'une intéressait légèrement l'angle de la capsule interne (parésie faciale droite).

L'examen histologique des parties non nécrosées montre, d'une façon à peu près uniforme dans toutes les régions et dans l'un et l'autre hémisphère, les lésions suivantes : pie-mère non épaissie, ni infiltrée, mais fortement congestionnée, avec extravasations sanguines dans les espaces sous-arachnoïdiens. Artérite modérée sans périvascularité.

Congestion des capillaires de l'écorce; pas d'infiltration périvasculaire dans la substance cérébrale. Légère prolifération névroglique. Conservation relative des fibres tangentielles et transversales.

Les cellules ont leurs prolongements protoplasmiques qui restent nets, mais les granulations de Nissl ont disparu ou sont poussièreuses. Le noyau lui-même tend à se colorer uniformément. Ça et là des cellules nerveuses sont en voie de destruction.

Résumé. — Dans le syndrome pariétal complexe réalisé par cette malade, deux groupes de faits étaient particulièrement curieux : l'apraxie et les troubles de la sensibilité.

A ne considérer que sa localisation presque exclusive au M. S. g. ou du moins sa prédominance unilatérale très nette, cette apraxie revêtait les caractères de la variété dite par Liepmann motrice (1re conception) ou idéo-motrice (2e conception). Mais contrairement à ce qui doit arriver dans ces cas, les autokinétismes ou actes par court-circuits étaient très réduits, le M. S. droit devenait dyspractique lors de certains mouvements (en particulier mouvements imités), enfin la complication des actes augmentait sensiblement les troubles constatés et aussi, pour le membre gauche, la nature transitive des mouvements. La variabilité des troubles, leur extension partielle et momentanée au M. S. droit, même parfois (plus rarement) aux membres inférieurs et à la face, leur aggravation avec la complexité des mouvements, les substitutions d'actes, les phénomènes de persévération, les rapprochaient par ailleurs de la forme idéatoire. Il est certain

en effet qu'intervenaient ici, comme dans les cas publiés par Pick sous le nom d'apraxie idéo-motrice, par Marcuse sous celui d'apraxie amnésique, par Bonhœfer sous celui d'apraxie associative, et dénommés encore fausses apraxies par aprosexie, certains troubles de la mémoire, des processus associatifs, et surtout de l'attention. D'autre part, l'inertie habituelle du M. S. gauche, la méconnaissance qu'en avait la malade, l'espèce d'oubli où elle le laissait, jointes aux troubles de la sensibilité, et en particulier à l'asymbolie et à l'astéréognosie, devaient nécessairement, ainsi que la pire exécution des mouvements transitifs, faire penser à une apraxie sensorielle, à une fausse apraxie par agnosie.

Mais il n'est pas encore démontré que les nombreuses variétés du syndrome Apraxie ne sont pas quelque peu artificielles, et fondées sur des vues théoriques, extrêmement ingénieuses, sans doute, plutôt que sur la stricte observation des faits.

Dans le cas particulier notamment (et il en est ainsi dans la plupart des observations publiées d'Apraxie) on trouve en réalité une combinaison à doses variables des signes prétendus propres à chacune des formes de l'apraxie.

Quoiqu'il en soit, les troubles hémianesthésiques jouaient incontestablement chez cette malade un rôle capital. Et, en dehors de l'élément démentiel banal, idéatoire, il semble bien que l'apraxie variable était elle-même sous la dépendance de cette hémianesthésie changeante. Tout se passait, à de certains moments, comme si la malade, fatiguée, ou distraite, ignorait l'existence de son côté gauche, et surtout de son membre supérieur, (paralysie psychique de Bruns). A chaque instant, elle agissait en effet, et répondait comme si pour elle il n'existait pas. Son attitude habituelle était même très caractérisque à cet égard : le bras gauche restait collé au corps, l'avant-bras fléchi, la main appuyée sur la poitrine. Et la malade persévérait dans cette position, soit qu'elle fût inactive, assise ou couchée, soit qu'elle marchât, ou qu'elle se livrât à une occupation banale quelconque : ouvrir une porte, se moucher, manger, etc... Il était tout à fait exceptionnel que, spontanément, en dehors des exercices d'examen, elle se servit de ce bras gauche ou parut même en soupçonner

l'existence. Il lui fallait pour cela, ainsi qu'elle-même l'exprimait à son insu (« je n'ai pas d'autre bras », « je ne le vois pas », etc.), recourir aux sensations complémentaires de la vue, ainsi que le font par exemple les tabétiques rééduqués. Or précisément son hémianopsie gauche la privait couramment de ces sensations complémentaires.

Quant à l'hémianesthésie, elle présentait assez exactement les caractères propres à l'hémianesthésie corticale et notamment elle en avait les étrangetés apparentes et la variabilité.

Si l'on veut dans ce cas tenter une explication de cette anesthésie, il convient, croyons-nous, de considérer séparément les deux ordres de troubles constatés : ceux de la sensibilité superficielle, et ceux de la sensibilité profonde. Ces derniers, plus complexes que les premiers, résultant de composantes multiples (sentiment d'innervation, sens musculaire statique et dynamique, sensations articulaires, tendineuses, vasculaires et peut-être osseuses, sensations cutanées aussi, notions de pression, de poids, de résistance, etc.), nécessitant par suite des associations nombreuses de sensations et de notions élémentaires, *plus intellectuels* par conséquent, étaient aussi plus profondément et plus constamment absents. Ce sont eux surtout, sinon exclusivement, qui devaient conditionner l'Apraxie. Les autres, les troubles superficiels, plus élémentaires, n'exigeant pas les mêmes associations, plus proches des sensations simples, *moins intellectuels*, étaient tantôt conservés, tantôt complètement abolis, en apparence. Dans cette hémianesthésie superficielle même, les éléments plus complexes, plus intellectuels (localisation et appréciation de la sensation) étaient toujours beaucoup moins précis que la sensation simple elle-même.

Or on trouve peut-être une explication de ces faits dans la localisation et l'étendue sur l'hémisphère droit de la lésion cérébrale. La destruction du lobe pariétal étant incomplète, puisque P^a était partiellement respectée, les sensations diverses émanées de l'hémi-corps gauche, pouvaient n'être que réduites dans leur intensité, dans leur valeur, et dans leur complexité. Les sensations simples, formées d'un minimum d'associations, aussi peu intellectuelles que possible, pouvaient être perçues, à condition que les excitations fussent assez puissantes, non

simultanées, et d'inégale intensité dans le cas d'excitation bilatérale, à condition aussi que l'attention, amoindrie d'une façon générale, ne fut pas fixée sur autre chose (excitation de l'autre côté du corps), ou inhibée par un état de distraction ou de fatigue. Quant aux sensations complexes, nécessitant des associations multiples, plus intellectuelles par conséquent, elles ne pouvaient être perçues en raison de la destruction totale du grand centre d'association médian.

Signalons enfin pour terminer l'absence d'hémiplégie gauche ou tout au moins la seule rémanence d'une parésie motrice si légère qu'elle était douteuse, malgré la persistance, plusieurs années après la production de la lésion causale, d'une hémianesthésie des plus nettes. Et ceci semble bien venir à l'appui de l'opinion qui enlève à la P^a (partiellement détruite seulement ici, il est vrai) toute valeur motrice.

Traumatisme, paraplégie et dysthénie périodique.

Par R. BENON et P. DENÈS. (Hospice général de Nantes).

Dans un livre paru récemment (1), l'un de nous a cherché à démontrer l'existence de dysthénies périodiques post-traumatiques. L'observation qui suit, quoique complexe, en est un nouvel exemple ; elle présente en plus un intérêt médico-légal.

Observation. RÉSUMÉ. *Le 12 décembre 1912, traumatismes multiples, notamment fracture du fémur droit. Plaies de la région lombaire vers le quinzième jour et troubles sphinctériens (?). Après la consolidation de la fracture, phlébite double. Après guérison de la phlébite (avril 1911) : paraplégie avec déformation des pieds en varus équin. Guérison des plaies des reins et des troubles sphinctériens vers novembre 1911. Persistance de la paraplégie. En février 1912, phénomènes d'excitation maniaque avec violences. Placement à l'asile le 22 mai. — Etat somatique : paraplégie complète flasque, reflexes rotuliens faibles, mais nets, pas de troubles sphinctériens, pas de clonus, pas de Babinski. — Etat mental : hypomanie avec irritabilité*

(1) R. Benon, *Traité clinique et médico-légal des troubles psychiques et nevrosiques post-traumatiques.* Paris, 1913.

très marquée; chants, rires, idées de grandeur, attendrissement, colères, violences; par intervalles paraît abattu. — Indemnité versée par la compagnie d'assurances : quatorze cents francs. — Congénitalement, débilité intellectuelle.

J......, 28 ans, journalier, entre à l'H. g. de Nantes, le 29 mai 1912.

Antécédents. Père rhumatisant; mère assez bien portante, asthmatique, caractère emporté. Six enfants : trois morts dès la naissance ; une sœur présente des crises d'hystérie, une autre est bien portante. Un cousin germain épileptique, placé et mort à l'asile. — Personnellement, pas de maladie grave, mais toujours santé générale précaire ; réformé au conseil de révision comme suspect de tuberculose pulmonaire. Pas d'alcoolisme, pas de syphilis. Niveau intellectuel : sait lire, écrire, compter (débilité mentale). Est resté onze ans dans la même maison, comme laboureur ; travaillait avec son père. Caractère plutôt doux.

Histoire de l'accident et suites. Le 12 décembre 1910, étant un matin à abattre du bois, il reçoit un arbre sur le dos et se trouve pris dessous ; il fallut trois ou quatre minutes pour le dégager. Il n'avait pas perdu connaissance, mais il est resté environ dix minutes sans parler. Le soir, il eut du délire. Les médecins constatent à cette date des plaies légères de la face, une plaie au front plus large et plus profonde, une *fracture* simple du *fémur droit*. Le blessé est pansé; le membre inférieur droit est mis dans une gouttière ; plus tard, le huitième jour, on place un appareil de Tillaux.

Vers le quinzième jour, se développent des *plaies au niveau des régions sacrée et lombaire*; depuis plusieurs jours le malade accusait des douleurs de ce côté. En même temps on observe de la dysurie et de la constipation : le malade est sondé journellement et il ne va à la selle que par lavements.

La fracture de cuisse se consolide normalement, mais le cal est défectueux. L'appareil est enlevé au bout de deux mois.

Dans les jours où l'on retire l'appareil, le membre inférieur gauche présente un œdème blanc, douloureux, caractéristique de la phlébite ; celle-ci atteint plus tard le membre droit (*phlébite double*). Cette phlébite dure environ deux mois.

Le blessé garde le lit. Le médecin constate en effet après la guérison de la phlébite, une impotence fonctionnelle complète des deux membres inférieurs (*paraplégie*), avec déformation des pieds en varus équin et plaies légeres du niveau des talons.

Le blessé a touché, en août 1911, 1,400 francs de la compagnie d'assurance.

La paraplégie n'a pas rétrocédé. Les plaies de la région sacrée et lombaire ont guéri, ainsi que la rétention d'urine, vers le mois de novembre 1911. Quand on a commencé à lever le malade, il pouvait faire quelques pas avec des béquilles; il passait la plus grande partie de sa journée dans un feuteuil.

Au mois de *février 1912*, la famille s'aperçoit que le malade présente des troubles cérébraux. Juqu'à cette époque il avait bien paru par moments inquiet, triste ; il disait : « Je ne guérirai jamais, je suis perdu, je serai malheureux toute ma vie », mais il n'avait jamais tenu de propos déraisonnables. En février, il se montre euphorique, chante, exprime des idées de grandeur, veut être évêque, roi, pape ; il a des crises de fureur, maudit l'Eglise, la religion, menace de tuer sa mère, casse les objets mobiliers. Quand on lui parle de ses jambes, il pleure, s'attendrit, se demande s'il guérira, dit qu'on lui a jeté un sort. Les crises d'excitation coléreuse devenant de plus en plus fréquentes, la famille s'est décidée à placer le malade à l'asile, le 29 mai 1912.

Etat actuel (*mai-juin 1912*). Le malade s'avance appuyé sur un infirmier, les pieds traînant sur le sol.

A. *Etat somatique*. — Examen du blessé nu. Il n'est pas très amaigri. En arrière, le malade assis, on note que la région lombaire est plus saillante à droite qu'à gauche de la ligne médiane. Quand il est fortement penché en avant, la colonne vertébrale décrit deux *courbes* légères, la première supérieure, à concavité droite. On note des *cicatrices* non adhérentes au niveau de la région lombaire (dimension d'une pièce de deux francs) au niveau du sacrum, sur la ligne médiane (dimension : dix centimètres sur douze), au niveau de la tête du péroné droit, à l'insertion du tendon d'Achille sur le calcanéum (dimensions d'une pièce de deux francs). Le fémur droit est très déformé (*cal vicieux*), les muscles de la cuisse surtout le couturier, sont contracturés ; les jambes sont amaigries, atrophiées; les *pieds* sont en *varus équin* ; varus léger, équinisme marqué; les orteils sont fléchis, contracturés. La mensuration du mollet, à dix centimètres de l'interligne articulaire, en dedans, donne à gauche 25 centimetres, à droite 23 1/2; la mensuration de la cuisse, à vingt centimètres de l'interligne articulaire, donne à gauche 36 centimètres, à droite 35 centimètres.

La *motilité* est normale aux membres supérieurs. Elle est très profondément troublée aux membres inférieurs. La marche est

impossible ou presque : le malade ne peut faire que quelques pas, soutenu par les infirmiers ; il détache difficilement les pieds du sol. Assis, il peut croiser les jambes l'une sur l'autre, à droite comme à gauche. Etendu sur le dos, on note que les mouvements d'élévation, d'adduction, d'abduction des membres inférieurs sont à peu près normaux, que la flexion de la jambe sur la cuisse est très limitée, que dans l'extension de la jambe, celle-ci arrive à faire avec la cuisse un angle obtus; du côté droit, la flexion de la jambe sur la cuisse est un peu moins limitée qu'à gauche : on parvient à mettre le talon droit sur le genou gauche. Aux pieds, qui sont en varus équin, tous les mouvements, surtout l'extension et l'abduction, sont très diminués, sinon abolis. Aux orteils on observe quelques petits mouvements.

La *sensibilité* est à peu près normale partout, sauf un certain degré d'anesthésie dans le domaine du cutané péronier (branche du sciatique poplité externe).

La *réflectivité* est normale aux membres supérieurs. Aux membres inférieurs, les reflexes rotuliens sont faibles, limités, mais très nettement appréciables. Reflexes plantaires faibles, mais normaux (pas de signe de Babinski). Reflexes crémastériens et abdominaux normaux.

Pas de troubles sphinctériens.

Pas de trépidation épileptoïde.

L'*examen électrique*, au courant faradique, pratiqué par M. le Dr Gauducheau, que nous remercions vivement de sa collaboration, montre qu'à droite, le quadriceps réagit à deux cent. 1/2, que les muscles du groupe antéro-externe de la jambe ne répondent pas, même à 5 cent. On remarque que dès 2 cent. 1/2, il y a une excitation diffuse dans les jumeaux. Aucune réponse sur les tendons avec 5 cent. Les jumeaux répondent à 3 cent. Le sciatique poplité externe est inexcitable. A gauche : réponse du quadriceps à 4 cent. 1/2, des jumeaux à 4 cent. 1/2 ; le groupe antéro-externe est inexcitable. Quand on excite les tendons du groupe antéro-externe, il y a réponse du tendon d'Achille. Conclusion il semblerait qu'il y a atrophie musculaire par immobilisaiion plutôt que dégénérescence névritique.

B. *État mental.* — Le malade apparaît comme un maniaque ou un hypomaniaque, sujet par intervalles à des crises violentes de colère.

Il parle volontiers, gesticule, sourit, exprime des idées de grandeur : « je suis Napoléon, je suis un Seigneur, je suis un riche propriétaire, je sauverai la France; je n'avais pas de père,

à présent j'en ai trois. J'ai été pris par le parti politique conservateur pour la victoire, je veux voter. » Il chante quelquefois durant des heures entières, souvent toute la nuit. Il est extrêmement irritable, insulte ses voisins grossièrement ; s'il est provoqué, il saisit brusquement les objets qui l'entourent et les lance sur l'entourage. Puis, vite, il se calme, sourit, recommence à chanter. Quand on lui parle de sa maladie, il se met à pleurer (attendrissement) et dit : « je ne guérirai pas... allez-vous me guérir ? Sinon autant mourir de suite. »

Très souvent, au moment de la visite, il est mal disposé, maussade, hargneux, refuse de parler. Plus rarement, il est souriant, gai, chante, crie, pleure.

31 juillet. — Écrit une longue lettre à son père, dans laquelle il lui demande de venir le chercher. Il lui dit : « je pleure quand je pense que vous avez la santé et la liberté. Je voudrais être près de vous. » Pas d'affaiblissement des facultés intellectuelles.

Février 1913. — Tantôt excité, gai, coléreux, grossier, tantôt calme. Quelquefois chante durant trois ou quatre jours. Par moments, parait prostré, abattu, parle peu, s'alimente mal ; s'il parle, se montre très irritable. Pas d'état démentiel. Même état physique.

Au point de vue *somatique*, l'hypocondrie ou hystérie traumatique n'est pas en cause. Il ne saurait être question non plus de paraplégie d'origine médullaire. Le médecin traitant porta ce diagnostic parce qu'il y avait eu chute de l'arbre sur le dos, et enfin parce qu'il observait des troubles sphinctériens. Ce diagnostic doit être écarté à ce jour, car il n'y a ni exagération des reflexes, ni clonus, ni signe de Babinski, ni troubles sphinctériens. Les plaies du dos se sont développées sans doute sous l'influence du decubitus horizontal nécessaire au traitement de la fracture de cuisse.

A-t-on affaire à une névrite périphérique secondaire à la phlébite double ? Les reflexes rotuliens sont conservés. Serait-on en présence de pieds-bots phlébitiques? D'après l'examen électrique, il y a, en effet, atrophie musculaire, plutôt par immobilisation que par dégénérescence névritique.

L'*état psychique* est nettement celui de l'hypomaniaque. Il ne peut s'agir ici de bouffées délirantes chez un prédisposé : les idées de grandeur sont surajoutées à l'état hypersthénique fondamental. Le malade est-il toujours hypomaniaque, a-t-il

des périodes d'asthénie, revient-il par périodes à son état sthénique normal ? Il est difficile d'affirmer un diagnostic plutôt qu'un autre. Ce qui est problable, c'est que ce blessé a fait de l'asthéno-manie secondaire traumatique.

Il nous a fallu beaucoup de temps pour préciser l'observation de ce blessé ; les témoignages de la famille, du sujet, du médecin traitant étaient parfois contradictoires. Le diagnostic d'hypomanie n'a pu être porté qu'après plusieurs mois d'examen : nous le croyons exact, à ce jour.

Au point de vue médico-légal, nous ferons remarquer la faiblesse de l'indemnité obtenue par le blessé : mil quatre cents francs.

Tumeur cérébrale. Sarcome de la dure-mère. Étude anatomo-clinique, par MM. O. BICH, médecin principal de 2e classe ; et F. BONNEL, médecin-major chargé du laboratoire de bactériologie à l'hôpital militaire de Bourges.

Parmi les affections qui frappent le soldat, s'il en est que le médecin militaire est appelé à observer rarement, c'est certainement celles qui ont trait au chapitre des tumeurs cérébrales. L'observation suivante montre cependant qu'il est parfois utile de penser à une localisation du processus morbide sur les centres nerveux, et d'en connaître les manifestations, même discrètes et incomplètes, pour arriver à formuler un diagnostic aussi rapide que précis dont dépendent le pronostic et la conduite à tenir vis-à-vis du malade.

Le maréchal de logis chef de gendarmerie Lab... entre à l'hôpital militaire de Bourges le 16 novembre 1911 pour troubles de la vue. L'histoire antérieure de ce malade peut se résumer ainsi. Dans le courant de mars 1911, en effectuant une tournée de service aux environs de Mâcon, par une chaude journée de printemps, Lab. est pris brusquement d'une crise de céphalalgie d'une intensité telle qu'il est contraint de s'arrêter quelques heures, avant de pouvoir continuer sa route. Les douleurs de tête persistent pendant deux ou trois jours, puis tout rentre dans l'ordre.

En mai, c'est-à-dire deux mois après, toujours dans des cir

constances de service, nouvelle crise de violente céphalalgie, à peu près semblable à la première ; elle est toutefois de plus longue durée et s'accompagne de vomissements. Le médecin appelé conclut à une migraine. Depuis ce moment la céphalée est fréquente, à forme paroxystique, caractérisée par une sensation de constriction de toute la tête, sans localisation et paraissant plus marquée la nuit.

Cet état ne se modifie pas sensiblement jusqu'au 11 août 1911. Ce jour-là, ce sous-officier au cours d'une tournée, par un soleil ardent, fut pris d'une crise d'une violence extrême. A une douleur de tête excessive, intolérable, englobant tout le crâne qui lui semblait, dit-il, prêt à éclater, s'ajoutent des vomissements répétés, faciles, alimentaires puis bilieux. La face est congestionnée, les yeux injectés, la vision diminuée. A partir de cette époque les troubles de la vue existent légers, sans que le malade y prête une grande attention. Il a la sensation d'un nuage qui glisserait de temps à autre devant ses yeux, il éprouve quelquefois, d'une façon courte et passagère, de la difficulté à lire et à écrire. Le médecin qui dirige son traitement l'envoie en congé de convalescence à Bourges, pour artério-sclérose.

Vers la fin de septembre, la céphalée, à exaspérations nocturnes, devient plus intolérable par sa continuité, les troubles de la vue ne se sont pas sensiblement modifiés et préoccupent peu le malade ; des bourdonnements d'oreille apparaissent. Ce sous-officier profite de son séjour dans une ville importante pour consulter un médecin. Le hasard veut qu'il s'adresse à un spécialiste pour les yeux, M. Bouzitat. Ce n'est pas de ses yeux que se plaint Lab., c'est uniquement de ses douleurs de tête, et ce n'est aussi que par habitude de profession, et non guidé par les symptômes accusés par le malade que M. Bouzitat se livre à un examen méthodique des yeux. Voici la note qu'il lui remet à cette date du 27 septembre 1911 :

A l'examen du fond de l'œil on constate :

OD = atrophie optique V = 1/20
OG = névrite optique œdémateuse V = 0,4.

Réflexes pupillaires conservés. Pas d'antécédents spécifiques, maux de tête violents et nocturnes. Exagération des réflexes achilléens et rotuliens, surtout à gauche ; trépidation épileptoïde de ce côté ; pas de Babinski. Réflexes crémastériens conservés. Abolition des réflexes pharyngé et abdominal.

La sensibilité à la chaleur est intacte ; la sensibilité à la piqûre est diminuée, à gauche.

Malgré l'absence de tout antécédent syphilitique, Lab. est soumis à un traitement mercuriel intensif, qui, s'il n'améliore pas la vue, fait disparaître à peu près complètement au bout de quinze jours les douleurs céphaliques.

Le 16 novembre 1911, ce sous-officier se fait hospitaliser sur place et entre à l'hôpital militaire de Bourges. C'est un homme de haute taille, gros, large, très vigoureux, la face rubiconde, la voix vibrante. Il a les apparences d'une santé parfaite et pèse 95 kilogr. Il n'a d'ailleurs, avant le mois de mars dernier, jamais été même indisposé. Pas de trace de syphilis, denture parfaite, pas de cicatrices. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires, collatéraux et personnels.

Ce sous-officier ne souffre de nulle part, il se sent fort et plein de vie ; mais il est atteint d'une cécité à peu près complète. Il distingue la nuit du jour, mais ne peut se conduire lui-même. Des doigts qu'on lui montre à une distance de 0 m. 20, il n'aperçoit qu'une ombre vague. Les yeux, grands ouverts, paraissent normaux. Les pupilles sont régulières, égales, sensibles à la lumière, et à l'accommodation. Les papilles, faciles à voir à l'ophtalmoscope par suite de la parfaite transparence des différents milieux, sont blanches, nacrées, bien nettement limitées. L'œdème papillaire, constaté précédemment à gauche, a complètement disparu ; les vaisseaux sont nets, mais grêles et atrophiés.

En dehors de ces troubles oculaires il n'existe pas de symptômes généraux. Les maux de tête ont entièrement disparu. Aucun trouble de l'appareil digestif ; appétit parfait, digestions faciles, ni vomissements, ni constipation. Appareil respiratoire normal. Le cœur fonctionne bien ; le pouls est régulier, bien frappé, non ralenti. La température axillaire est de 36° 5 à 37°. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

L'état des réflexes et de la sensibilité est le même qu'en septembre : exagération très marquée, surtout à gauche des réflexes rotuliens et achilléens. Trépidation épileptoïde du même côté.

Il n'existe aucun trouble moteur, ni paralysie, ni parésie ; pas de convulsions épileptiformes, pas de tremblement.

L'intelligence est intacte. Le malade n'accuse aucune diminution de la mémoire et ne présente aucun trouble de la parole.

Deux ponctions lombaires ont été pratiquées à quelques jours d'intervalle Elles nous ont donné un liquide parfaitement clair ; transparent, s'écoulant goutte à goutte. On ne trouve pas d'éléments figurés après centrifugation. La recherche de l'albumine nous révèle une hyperalbuminose très nette. Un échantillon de

liquide céphalo-rachidien est adressé à notre camarade Pilod du laboratoire bactéréologique du Val de Grâce en vue d'effectuer la réaction de Wassermann, mais cette recherche, n'ayant pu être faite dans de bonnes conditions, n'a pas donné de résultat. Le malade suit toujours un traitement mercuriel et ioduré, à dose élevée.

Le 15 décembre 1911 Lab. accuse quelques troubles sensitifs caractérisés par de la difficulté de la déglutition avec douleur dans la région amygdalienne gauche et dans l'oreille correspondante, douleurs assez intenses pour empêcher tout sommeil. L'examen de l'arrière-gorge ne montre rien d'anormal, ni gonflement, ni rougeur. Ces phénomènes douloureux persistent les jours suivants et affectent une forme nettement névralgique avec irradiation dans tout le côté gauche de la tête et du cou. Les mouvements de mastication sont très pénibles ; l'alimentation liquide est seule possible. Toutes les dents sont douloureuses sans qu'il existe la moindre carie, ni la plus petite trace de gingivite. Pas de fièvre.

Le 30 décembre, tous ces phénomènes douloureux ont disparu. Notre malade ne se plaint de rien. Il dort bien, se promène dans le jardin et mange d'excellent appétit.

En janvier 1912, la vision paraît s'améliorer quelque peu : de temps à autre, spécialement vers la tombée de la nuit, et pendant de courts instants, Lab. entrevoit assez distinctement les différents objets et les personnes qui l'entourent; mais il faut des conditions de lumière spéciales qui se présentent trop rarement. Le soleil brille-t-il de tout son éclat, notre malade ne voit rien ; le ciel est-il brumeux, sombre, il n'y voit pas davantage. Chaque fois que se produisirent ces poussées de vision (elles furent encore assez fréquentes) qui entretenaient chez lui l'espoir de guérison, ce fut toujours à l'heure crépusculaire d'une journée, où une pluie d'orage avait balayé les poussières atmosphériques.

Le 15 février notre malade quitte l'hôpital avec 3 mois de convalescence ; se rend, en juin, aux eaux de Bourbonne où à la suite d'un bain il est pris d'une crise de céphalagie extrêmement violente avec vomissements et fourmillements dans les membres. Cette crise ne dure que quelques jours et tout se dissipe, mais la cécité est complète.

Le 3 août, après son déjeuner habituel, vers 9 heures du matin, notre malade se couche accusant de la lassitude et une grande lourdeur de tête ; la face se congestionne, la parole s'embarrasse,

les yeux se convulsent, le pouls se précipite, la respiration s'accélère, quelques petites convulsions et le malade s'éteint vers 2 heures de l'après-midi.

La maladie avait donc évolué en moins de 18 mois.

Nécropsie faite 36 heures après la mort. — L'examen n'a porté que sur la région crânienne.

Examen macroscopique. — A l'ouverture de la calotte crânienne on remarque la présence de volumineux corpuscules de Pacchioni, au nombre de sept, situés pour la plupart dans l'hémisphère gauche à proximité du sinus longitudinal supérieur.

Lorsqu'on incise la dure-mère, il ne s'écoule aucun liquide séreux, purulent ou hémorragique. Cette enveloppe est normale dans la plus grande partie de son étendue, sauf dans la région fronto-temporale gauche où elle est très épaissie, adhère fortement et se trouve soulevée par la présence d'une tumeur sous-jacente dont nous parlerons plus loin.

La séreuse arachnoïdienne ne présente rien de particulier. La pie-mère est lisse et transparente, sauf dans la région temporale où elle paraît se confondre avec les autres feuillets méningés dont elle ne se laisse pas dissocier.

Les artères cérébrales sont souples, non infiltrées, ni parsemées de plaques grisâtres imputables à l'athérome ou à la syphilis. On ne remarque ni embolie, ni thrombose de la Sylvienne.

Cerveau. — L'hémisphère droit ne présente rien de particulier à l'inspection et à la coupe. La capsule interne et les noyaux centraux sont intacts; les ventricules ne contiennent pas d'épanchement pathologique. Au niveau de l'hémisphère gauche on découvre une tumeur volumineuse enclavée dans la substance cérébrale dont elle est séparée par une mince membrane, ce qui permet de l'énucléer sans difficulté. De fins tractus fibreux l'unissent par sa face profonde à la substance corticale. Elle est recouverte dans sa partie superficielle par la dure-mère épaissie qui fait corps avec la tumeur.

Cette néoplasie pèse 145 grammes; elle mesure 7 1/2 centimètres de diamètre. Légèrement aplatie et ombiliquée au centre, elle a la forme d'une mandarine. Dans sa partie profonde elle est légèrement mamelonnée.

Siège et rapports de la tumeur. — La tumeur occupe la

région fronto-temporale gauche où elle s'est creusé une loge en refoulant les parties voisines; il n'y a pas destruction des circonvolutions cérébrales, mais effacement, refoulement et compression avec un certain degré d'atrophie. La néoplasie est limitée en avant par la 2e circonvolution gauche frontale qu'elle recouvre partiellement. A sa partie supérieure elle repose sur le pied de la 3e frontale et une partie de la frontale ascendante, atteignant la limite inférieure de la scissure de Rolando. En arrière elle envahit le lobe temporal dans son tiers antérieur. Son pôle inférieur repose sur la base du crâne où il est en rapport avec la bandelette optique gauche. Enfin par sa face profonde elle repose sur les lobes frontal et temporal, franchit la scissure de Sylvius et avoisine le lobule de l'Insula. Les opercules fronto-temporaux qui normalement recouvrent l'insula de Reil sont refoulés et remplacés par la tumeur qui vient s'appliquer directement sur les circonvolutions insulaires. Le lobe temporal est fortement comprimé dans le tiers antérieur des 1re et 2e circonvolutions. A ce niveau il est réduit à une simple languette aplatie, taillée en bec de flûte, sur laquelle repose une partie de la tumeur.

Examen microscopique. — Les caractères microscopiques de cette tumeur ont été décrits par l'un de nous à la Société anatomique (1). Nous les reproduisons ici intégralement.

La tumeur est essentiellement formée d'éléments cellulaires, et accessoirement d'un stroma conjonctif avec vaisseaux. On peut voir, sur nos préparations, ces cellules en forme de fuseau, régulièrement tassées et disposées parallèlement les unes aux autres. Le noyau est allongé ou ovoïde, mais prend parfois la forme arrondie lorrqu'il est coupé perpendiculairement à son grand axe.

Le protoplasma est assez abondant, mal délimité, d'aspect fibrillaire. Les cellules présentent une grande uniformité d'ensemble; on ne voit ni formes géantes, ni malformations nucléaires. Leur disposition est caractéristique : elles sont disposées par petits groupes concentriques, séparés par de minces tractus conjonctifs, réalisant l'aspect « en tourbillons »

(1) Bonnel. Sarcome de la dure-mère. Soc. Anatomique de Paris. Séance du 8 novembre 1912.

tel qu'on le trouve dans les sarcomes. Cette disposition paraît commandée par la présence d'un fin réseau capillaire central. Les figures de karyokénèse ne sont pas très nombreuses.

On constate sur quelques préparations des formations arrondies, de petit volume, formées de lamelles concentriques qui s'imbriquent à la façon des globes cornés du cancer épithélial. Ce n'est là qu'une simple analogie, car il s'agit vraisemblablement d'une dégénération fibreuse des petits tourbillons dont le capillaire central a disparu. Par la picro-fuschine ces formations prennent une coloration rose intense qui tranche nettement sur le fond jaune verdâtre des cellules avoisinantes (1).

Les vaisseaux ont conservé leur paroi propre et ne prennent pas le type embryonnaire.

Les coupes histologiques pratiquées en différentes régions présentent les mêmes variétés d'aspect que les coupes macroscopiques. Elles révèlent, au centre du néoplasme, la présence d'une zone plus dense à forme fibromateuse, due à l'abondance du tissu conjonctif au sein duquel le tissu sarcomateux forme des îlots disséminés. Près de la surface, au contraire, les éléments cellulaires constituent à eux seuls toute la néoplasie, d'où cette grande friabilité.

Nulle part on ne trouve de cellules névrogliques. Les préparations microscopiques de la dure-mère nous montrent les mêmes cellules fusiformes, disposées par petits groupes entre les différents plans conjonctifs de cette membrane d'enveloppe.

En présence de ces caractères nous pensons avoir affaire à un sarcome d'origine méningée. Il est à remarquer que le degré d'atypie cellulaire n'est pas très prononcé, et que les figures de mitose sont assez rares. En outre, l'hyperplasie conjonctive forme à l'intérieur du néoplasme des bandes de sclérose qui paraissent vouloir s'opposer à son développement. Pour toutes ces raisons, la tumeur s'est comportée comme lésion locale, sans tendance infiltrante ou métastatique, sans retentissement sur l'état général ; de plus, elle a évolué lentement.

(1) Ces curieuses formations en bulbes d'oignon se rencontrent surtout dans le sarcome endothélial où elles sont généralement calcifiées (psammomes) ; elles seraient, d'après M. Letulle, pathognomoniques de l'endothéliome des méninges.

*
* *

Tels sont les principaux caractères de cette affection.

L'observation qui précède mérite de retenir l'attention au point de vue clinique, anatomo-clinique, étiologique et thérapeutique.

Nous devons donc nous poser les trois questions suivantes :

1° la lésion était-elle diagnosticable?

2° le diagnostic de tumeur cérébrale étant établi, était-il possible de localiser cette tumeur?

3° Quelle en était la nature, et quelles indications comportait-elle ?

*
* *

Diagnostic clinique. — Au point de vue clinique on est frappé par le contraste apparent de cette grave lésion avec le peu de symptômes constatés. N'est-il pas surprenant qu'une tumeur néoplasique puisse se développer dans un organe aussi délicat que le cerveau presque à l'insu du malade (en dehors des crises de céphalalgie) et échapper un certain temps à la sagacité du médecin. Cependant, en analysant chacun des signes constatés, on est obligé de reconnaître que, sans être pathognomoniques, ils présentent dans leur ensemble une valeur indiscutable. De fait le diagnostic de tumeur cérébrale avait été porté par nous à l'hôpital, mais nous n'avions pu, faute de données suffisantes, en préciser le siège et la nature.

Un premier symptôme apparaît brusquement, précoce, à l'occasion d'une fatigue, pour disparaître bientôt et réapparaître à de courts intervalles sous forme de crises d'une durée variable, c'est la céphalalgie. Nous avons là, certes, un signe de la plus haute valeur, signalé dans presque toutes les observations de tumeur cérébrale, mais combien insuffisant et trompeur au début de l'affection. Ne traduit-il pas, en effet, sous cette forme de douleur, un très grand nombre d'états morbides en rapport avec une lésion organique ou fonctionnelle, et n'est-ce pas là une preuve de la difficulté de son étude ? Ne le trouve-t-on pas avec la même fréquence et parfois la même

intensité, dans divers états pathologiques tels que la migraine, la neurasthénie, la syphilis, les méningites, l'azotémie, etc.? Mais alors il s'accompagne de tout un cortège symptomatique qu'une observation attentive nous permet bientôt de reconnaître. Si nous relisons l'observation de notre malade, nous constatons que la céphalée, phénomène banal en lui-même, se présente avec les caractères suivants, qui nous permettent de la rapporter à sa véritable origine : douleur cranienne diffuse, sans localisation il est vrai, mais atroce, avec exacerbations nocturnes ; elle apparaît sous forme de crises paroxystiques d'une durée variable, pour disparaître à peu près complètement vers la fin de la maladie. Cette céphalée est bien celle des tumeurs cérébrales ; ses caractères ont été parfaitement mis en relief par Lévy-Valensi (1).

On explique généralement la douleur céphalique par l'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Il ne semble pas dans le cas présent que cette hypertension ait été bien nette, malgré le volume de la tumeur, ainsi qu'en témoignent les deux ponctions lombaires qui ont été pratiquées. Nous avons signalé plus haut que le liquide sort clair, lentement, goutte à goutte, sans aucune pression. D'autre part ne serait-il pas pour le moins étrange que cette hypertension diminuât vers la fin de la maladie alors que la tumeur a atteint son maximum de développement. Aucun élément figuré ne traduit une réaction méningée qui n'est perceptible que par l'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien. L'absence de leucocytes est la règle ; on trouve parfois des lymphocytes ou des polynucléaires (Claude et Verdun).

En dehors des globules blancs on a signalé, dans certains cas, des éléments de transsudation et de desquamation tels que cellules cancéreuses (Widal et Abrami) (2) ou gliomateuses (Gullain et Verdun) (3) dont la constatation dans le liquide céphalo-rachidien permet de reconnaître la nature de l'affection.

La recherche de l'albumine dans ce liquide a une certaine

(1) Lévy-Valensi, Paris *clinique et thérapeutique*, n° 16, 20 janvier 1913.
(2) Widal et Abrami, C.-R. *Soc. méd. hôp. de Paris*, 1908, p. 336, t. I.
(3) Guillain et Verdun, *Soc. médic. des hôp. de Paris,* 8 décembre 1911.

importance. On peut la pratiquer par les méthodes ordinaires ou mieux en chauffant 2 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien en présence de six gouttes d'acide trichloracétique, suivant le procédé recommandé par Rathery (1). Normalement on observe une légère opalescence qui correspond à 0 gr. 18 d'albumine par litre. Dans les cas pathologiques on observe de l'hyperalbuminose à un degré variable, en rapport avec l'existence et l'étendue d'une lésion organique. Chaque fois qu'il sera possible, on devra faire effectuer un dosage avec séparation des différentes albumines. Nous savons que la sérine est particulièrement augmentée dans les méningites tuberculeuse et cérébro-spinale, alors que l'augmentation de la globuline serait pathognomonique des affections syphilitiques (Noguchi).

En dehors de la céphalée et des renseignements fournis par l'examen du liquide céphalo-rachidien, il faut tenir grand compte des vomissements. Là encore, ce symptôme banal en lui-même réalise ici le type du vomissement cérébral survenant sans effort, sans nausée ; d'abord alimentaire, puis bilieux, il n'est pas influencé par la digestion. Pendant six mois, la céphalée et les vomissements coïncidant avec un état général parfait, sont les seuls symptômes apparents qu'un examen superficiel fit mettre sur le compte de la migraine et de l'artério-sclérose.

En septembre une légère amblyopie marque le début des troubles oculaires, mais elle ne tarde pas à aboutir à une cécité presque complète. La stase papillaire constatée à l'examen du fond de l'œil est le premier renseignement important qui, joint aux précédents, permet de faire soupçonner l'existence d'une tumeur intra-cranienne. Ce signe ne manque pour ainsi dire jamais (Kampherstein, Terrien), et sa précocité permet souvent de faire le diagnostic alors qu'aucun symptôme n'est apparu.

Tandis que l'on constate à l'œil gauche des signes congestifs du côté de la papille, on trouve à droite des lésions plus avancées et caractérisées par l'atrophie du nerf optique. Deux

(1) Rathery, Séiniologie du liquide céphalo-rachidien, *Paris médical*, 11 janvier 1913.

mois après, la papille n'est plus œdématiée, elle a perdu son aspect flou ; les vaisseaux ne sont plus dilatés et hyperhémiés, ils sont au contraire grêles et retractés. Le malade n'y voit plus, il ne distingue plus les doigts qu'on lui montre à 0 m. 20, il reconnaît seulement s'il fait jour où s'il fait nuit. Dès ce moment, la vision semble irrémédiablement perdue. Cependant, de temps à autre, à certaines heures, Lab. entrevoit les personnes et les objets qui l'entourent. Ce retour partiel à la vue ne dure que quelques minutes, parfois jusqu'à une demi-heure. Il suffit cependant à entretenir le malade dans une douce illusion et lui permet d'escompter une guérison prochaine. Certain jour nous avons vu ce brave sous-officier venir à nous et nous dire avec émotion : « M. le major, je vois. » Cette cécité périodique, interrompue par quelques instants de lucidité peut paraître paradoxale. Le fait a été constaté également par différents auteurs, et Lagrange (1) en particulier, en fait un bon signe de néoplasme intracranien.

Ainsi, d'après les seuls symptômes que nous venons de passer en revue (céphalée, vomissements, troubles de la vue), le diagnostic de tumeur cérébrale s'imposait. Pour être complet, il fallait, en outre, localiser cette tumeur et en préciser la nature.

***

Diagnostic topographique. — L'examen du malade ne nous donne pas de renseignements suffisants pour localiser la lésion avec une certaine exactitude. Tout ce qu'il est possible de dire c'est qu'elle siège au cerveau ou à ses enveloppes, à l'exclusion de certaines régions telles que la protubérance, le bulbe, le cervelet, l'angle ponto-cérébelleux, l'hypophyse, le corps calleux, les tubercules quadrijumeaux, etc. Chacune de ces localisations s'accompagne d'un certain nombre de signes propres, qui constituent autant de syndromes distincts sur lesquels nous ne voulons pas insister ici.

Les tumeurs de la région motrice (circonvolutions frontale et pariétale ascendante) traduisent leur présence par des phé-

(1) Lagrange, *Précis d'ophtalmologie*, 1903, p. 175.

nomènes d'irritation et de compression tels que l'épilepsie jacksonnienne, les monoplégies et autres paralysies ou parésies localisées à un membre ou à un groupe de muscles, suivant que la lésion intéresse le territoire correspondant de la zone rolandique.

Ici, rien de tout cela. Le malade n'a même pas présenté de crises épileptiques en rapport non pas avec une excitation de la zone psychomotrice comme il arrive dans l'épilepsie partielle, mais traduisant sous cette forme d'épilepsie vraie, la présence d'une tumeur cérébrale.

Il faut noter cependant l'exagération des reflexes patellaires et la trépidation épileptoïde, plus accusés, du côté gauche que du côté droit.

D'une manière générale, ces signes relèvent d'un processus irritatif ou dégénératif du faisceau pyramidal. On serait tenté d'expliquer leur apparition par une compression de voisinage exercée au niveau des cellules motrices de l'écorce, ou des fibres cylindraxiles du neurone moteur, à leur passage dans la capsule interne par exemple, si nous ne savions par ailleurs que la tumeur siégeait dans l'hémisphère correspondant au côté où l'exagération des reflexes est particulièrement marquée. Faut-il en conclure que la compression s'est exercée sur les fibres directes plutôt que sur les fibres croisées du faisceau pyramidal, ainsi qu'il paraît résulter de l'observation des faits? Nous ne le pensons pas, en raison même de la bilatéralité de ces symptômes. Il en est de même des signes sensitifs. Seules l'hémicrânie et les névralgies observées dans la sphère du trijumeau sont en rapport direct avec le siège de la tumeur.

Les tumeurs du lobe frontal gauche se révèlent souvent par l'apparition de l'aphasie. Rappelons que ce symptôme n'a jamais été constaté chez notre malade, qui était droitier, malgré un volumineux sarcome qui recouvrait la circonvolution de Broca.

Dans un article sensationnel (1) P. Marie, renversant les idées classiques, admises jusqu'alors sans conteste, vint soutenir cette opinion que la troisième circonvolution frontale

(1) Pierre Marie, « Révision de la question de l'aphasie », *Semaine médicale*, 23 mai et 18 octobre 1906.



Sarcome de la région fronto-temporale gauche.

gauche ne joue aucun rôle dans la fonction du langage. « S'attaquer à un pareil dogme, dit l'auteur, peut sembler téméraire, et cependant, les résultats de mes études anatomo-cliniques sont tels que je me vois dans la nécessité de m'inscrire en faux contre l'opinion universellement admise, qui localise l'aphasie de Broca dans la troisième frontale gauche. » Il invoque à l'appui de sa thèse les deux raisons suivantes :

1° Il existe des cas dans lesquels, chez des individus droitiers, la destruction isolée de la région postérieure de la troisième frontale gauche, n'est pas suivie d'aphasie.

2° Il existe des cas d'aphasie de Broca dans lesquels on constate une intégrité absolue de cette même circonvolution.

Les faits conduisent l'auteur à formuler la conclusion suivante : « la troisième circonvolution frontale gauche ne joue aucun rôle spécial dans la fonction du langage. » D'après P. Marie, le seul territoire cérébral dont la lésion produise l'aphasie, c'est le territoire dit de Wernicke (gyrus supramarginalis, pli courbe et pieds des deux premières temporales). Il localise donc dans une même région l'aphasie motrice de Broca, l'aphasie sensorielle de Wernicke et l'anarthrie ou dysarthrie. Se basant, en outre, sur des considérations cliniques, il démontre que l'aphasie est *une* et que sa localisation doit également être *une* (territoire de Wernicke).

Loin de nous la prétention d'apporter par cette observation une nouvelle preuve à la théorie de P. Marie. Nous ne pouvons cependant nous empêcher de rapprocher du premier argument invoqué par cet auteur le fait suivant : *la tumeur dont nous reproduisons ici la photographie, occupe exactement la troisième circonvolution frontale gauche, et notre malade qui était droitier, n'a jamais présenté aucun trouble du langage.*

On pourra nous objecter que le pied de cette circonvolution était simplement comprimé, refoulé, mais non détruit, tandis que l'aphasie de Broca résulte le plus souvent d'un ramollissement par oblitération de la Sylvienne. Cet argument a sa valeur, et nous interdit d'entrer dans le débat. Mais, dira-t-on, la méthode anatomo-clinique à laquelle nous sommes redevables des localisations, n'utilise-t-elle pas également les lésions irritatives et les lésions destructives ? Ne voit-on pas dans des

cas semblables, qu'il s'agisse de gomme, d'abcès, d'hématome ou de tumeur, la simple compression d'un territoire cortical produire des paralysies et même l'aphasie? N'avons-nous pas signalé, chez notre malade, un certain degré d'atrophie des circonvolutions cérébrales en rapport direct avec la tumeur? Ces considérations justifient l'importance que nous attribuons à l'absence de ce symptôme, indépendamment du rôle que peut jouer la circonvolution de Broca dans la production de l'aphasie. Du reste, la théorie classique est restée la même et Déjerine (1) a répondu aux arguments de P. Marie.

Ainsi l'absence de signes de foyer ne permettait pas de préciser le siège de la tumeur et par suite contre-indiquait toute intervention chirurgicale qui, dans ces conditions, devenait sinon impossible, du moins aveugle et imprudente.



Diagnostics étiologique et anatomique. — Ils se résument dans une même question : quelle est la nature de cette tumeur?

On peut suspecter *a priori* un abcès du cerveau, un kyste parasitaire, une gomme tuberculeuse ou syphilitique, un néoplasme.

L'abcès du cerveau est généralement secondaire à une infection sanguine ou à une lésion de l'oreille; il s'accompagne le plus souvent d'une température élevée avec frissons qui est le propre des suppurations internes, et détermine rapidement de la cachexie. Lorsqu'il se développe dans le cervelet qui est son siège de prédilection, il s'accompagne en outre d'une symptômatologie propre (troubles de l'équilibre, obnubilation, vertiges, etc.). Ici, rien de tout cela. Sans doute, il est des cas où l'abcès peut évoluer insidieusement (Sieur) (2); mais c'est là l'exception. Aussi Sébileau (2) objecte-t-il avec toute l'autorité de son expérience personnelle : « Je dis qu'il n'est, pour ainsi dire, pas d'abcès encéphalique qui ne déter-

(1) Déjerine, *Presse médicale*, 11 et 18 juillet 1906.
(2) Sieur. — P. Sébileau, *Société de chirurgie*, séance du 12 février 1913.

mine, avec quelques modifications thermiques, assez souvent sans valeur diagnostique, une céphalée fixe, obstinée, résistant à tout, de l'obnubilation mentale, de l'abrutissement, de la torpeur intellectuelle, du ralentissement du pouls et de l'amaigrissement progressif. »

Les kystes parasitaires (cysticerques, hydatides) peuvent être soupçonnés par l'existence de tumeurs analogues en différents points du corps ou par la présence de polynucléaires éosinophiles dans le sang.

Contre la tuberculose nous avons également l'âge du sujet (beaucoup plus fréquente chez l'enfant), la constatation de l'intégrité fonctionnelle de tous les organes et une santé parfaite.

La syphilis mérite de retenir plus longuement notre attention. En fait, nous avons songé à la possibilité d'une gomme ou d'une plaque de méningite spécifique, et l'amélioration passagère produite par le traitement mercuriel intensif contribuait à perpétrer cette erreur. Il est assez fréquent dans les cas de tumeur cérébrale de constater transitoirement une action favorable du mercure (Lévy-Valensi). Serait-ce là une preuve de la nature spécifique de ces tumeurs? Nicolas et Fabre (1) (de Lyon) ont constaté, chez plusieurs syphilitiques, des tumeurs que l'examen histologique reconnut être des sarcomes et qui disparurent sous l'influence d'un traitement mercuriel intensif et prolongé.

La réaction de Wassermann ne nous a donné aucune indication en faveur ou contre la syphilis. Nous n'avions en définitive contre cette origine possible, que les affirmations très sincères du patient, l'absence du signe d'Argyll-Robertson, de l'inégalité pupillaire et de toute autre manifestation spécifique. On sait, en effet, que la notion de l'origine syphilitique du signe d'Argyll est désormais un fait acquis. Sur ce point, ophtalmologistes et neurologistes sont parfaitement d'accord. On tend en outre à l'heure actuelle à appliquer la même étiologie aux déformations de la pupille, car on a remarqué la coexistence fréquente de l'inégalité

(1) Nicolas et Fabre. « Le pseudo-sarcome syphilitique » *Bull. et Mém. de la Soc. Médic. des hôpitaux de Paris,* 1912, p. 51.

pupillaire, d'une part avec l'abolition du reflexe lumineux (Terson, Joffroy et Schrameck (1), Piltz, Dufour, Morax, Terrien etc.), et d'autre part, avec une réaction de Wassermann positive (Merklen et Legras) (2).

Ainsi par exclusion et de par l'observation clinique attentive, on arrive à formuler l'hypothèse dûment assise d'un néoplasme intra-cranien (sarcome, gliome, endothéliome). L'autopsie du malade et l'examen histologique de la tumeur viennent confirmer nos vues en nous revélant la présence d'un volumineux sarcome à point de départ dure-mérien.



Traitement. — Le seul traitement des néoplasmes intracraniens est l'extirpation chirurgicale, chaque fois que le diagnostic topographique a pu être fait, que la tumeur est énucléable et occupe une région accessible. Ces conditions se rencontrent assez fréquemment dans la pratique : qu'il s'agisse de sarcome, d'endothéliome ou de gliome, ces tumeurs se comportent généralement comme lésions locales dont la gravité est en rapport avec leur siège. Elles sont le plus souvent bien délimitées, à croissance lente, sans tendance infiltrante ou métastatique, et réunissent ainsi toutes conditions favorables à l'intervention chirurgicale.

Von Eiselberg (3) a fait 43 trépanations pour tumeurs du cerveau de siège et de nature différents, et obtient une mortalité assez élevée, qui est de 62, 5 0/0, soit par infection, complications, schock ou mort précoce. Devant de tels résultats on peut se demander si l'on doit faire courir aux malades les dangers d'une opération. Von Eiselberg répond nettement par l'affirmative, car il considère qu'on a le devoir

(1) Joffroy et Schrameck. « Des rapports de l'inégalité pupillaire et du signe d'Argyll Robertson ». *Soc. de Neurologie*, 13 mars 1902.

(2) Merklen et Legras. « Inégalité pupillaire et réaction de Wassermann ». *Soc. Médic. des hôpitaux de Paris*, séance du 7 mars 1913.

(3) Von Eiselberg. « Les résultats de mes interventions pour tumeurs cérébrales ». Wiener Klinische Wochenschrift, 4 janvier 1912.

de faire courir les risques d'une intervention à des malheureux condamnés à une cécité absolue, à une céphalée atroce et à tous les signes d'hypertension cranienne. Du reste, le pronostic peut être singulièrement amélioré, car il varie avec la nature de la tumeur : il est déplorable dans les tubercules cérébraux, très grave dans les gliomes diffus, grave dans les gliomes circonscrits, favorable dans les endothéliomes dure-mériens. On peut ajouter à cette dernière catégorie les sarcomes méningés, voisins des endothéliomes, car ils se comportent absolument comme eux.

Smith (1) relate l'histoire d'une femme de 48 ans atteinte d'un sarcome fuso-cellulaire de la dure-mère qui fut diagnostiqué, opéré et guéri.

A mesure que les techniques opératoires se perfectionneront davantage, qu'une sélection judicieuse et prudente se fera parmi les cas justiciables d'une intervention, cette grave opération comptera des succès de plus en plus nombreux.

Conclusions. — 1° Les principaux symptômes qui doivent retenir notre attention sont la céphalée, les vomissements et les troubles oculaires; ils suffisent, à eux seuls, à étayer le diagnostic de tumeur cérébrale.

2° Ces symptômes apparaissent successivement, indiquant la progression extensive de la lésion qui, suivant l'expression usitée, fait tâche d'huile.

3° Malgré le volume et le siége de la tumeur, l'absence de tout signe de localisation ne permet pas de faire le diagnostic topographique.

4° Ce renseignement faisant défaut, on ne peut judicieusement conseiller une opération d'autant plus grave qu'elle est aveugle. Sans cela le cas que nous venons de relater paraissait éminemment favorable et justiciable du traitement chirurgical.

Pathogénie et thérapeutique des crises castriques des tabétiques par le Dr MAURICE FAURE, (de La Malou).

La fréquence et la ténacité des crises gastriques chez les

(1) H. Smith. « Un cas de tumeur intracranienne ». The Lancet, 5 oct. 1912. p. 948.

tabétiques, leur intensité et leur caractère intolérable dans quelques cas, ont autorisé de récentes interventions chirurgicales dont les effets sont discutés. Il est plus simple de recourir au traitement médical qui donnera des résultats satisfaisants, si l'on veut bien le comprendre ainsi que nous allons l'exposer :

Les réflexes viscéraux des tabétiques subissent des perturbations nombreuses, du fait de la lésion du système nerveux. Ainsi l'irritation du larynx ou le trouble de la déglutition provoquent la crise laryngée (16e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, Lille, août 1906), la constipation ou la diarrhée provoquent des sensations anormales et des troubles fonctionnels dans la miction et la défécation, etc. De même, tout état dyspeptique, fût-il bénin, ou une irritation passagère de l'estomac peuvent provoquer la crise gastrique. En d'autres termes, l'accident digestif banal qui, chez un sujet normal, se traduirait, soit par quelques crampes ou coliques, soit par de la diarrhée ou une gêne de la digestion pendant quelques jours, soit par un peu d'hypersecrétion ou d'acidité gastriques, peut, chez le tabétique, se traduire par une crise gastrique formidable. — Là où le sujet normal sera simplement incommodé (chaleur, voyage, excès de nourriture, boissons inaccoutumées) le tabétique est exposé à des accidents sérieux.

La première indication est donc de régler le régime et le modus vivendi des tabétiques sujets aux crises gastriques, de façon à éviter tout trouble digestif, même bénin. Il faut proscrire toute nourriture irritante : pas de boissons fermentées, ni gazeuses, pas d'épices, pas de crudités, et un choix d'aliments étudié pour chacun d'eux, car la tolérance n'est pas la même pour tous. Mais déjà, lorsqu'on institue ce régime à l'occasion d'une crise, l'irritabilité gastrique est créée. Il faudra donc continuer le régime fort longtemps pour la faire disparaître. Par conséquent, c'est bien d'un régime permanent et non point transitoire qu'il s'agit. L'erreur fréquemment répandue a été la recherche d'un traitement médical au moment de la crise, et la liberté rendue au malade après. En réalité, pendant la crise, la diète hydrique et, s'il est nécessaire, quelques injections de morphine ou de pantopon, con-

stituent toute la thérapeutique utile. C'est en dehors de la crise que doit être institué le véritable traitement qui est essentiellement le régime auquel on peut avoir à associer des laxatifs, des alcalins, des poudres inertes, enfin toute la médication habituelle des dyspeptiques chroniques.

En outre de cette thérapeutique locale, il faut, nécessairement, appliquer le traitement spécifique, arsenical ou mercurial, suivant la tolérance du malade et la pratique du médecin, car sans le traitement spécifique, toutes les thérapeutiques locales peuvent être insuffisantes. Mais, réciproquement, le traitement spécifique, sans les thérapeutiques locales ou symptomatiques, peut échouer. Par la prolongation et la répétition de cette double direction thérapeutique, l'on arrivera à espacer d'abord, puis à supprimer complètement les crises gastriques les plus rebelles et les plus violentes, sans qu'il soit nécessaire de recourir à une intervention chirurgicale, non plus qu'à aucune médication d'exception. L'on devra, notamment, supprimer les cachets analgésiques, dont les tabétiques douloureux font un si fréquent et si dangereux usage. Parfois la crise gastrique n'a, d'ailleurs, pas d'autre origine que l'ingestion réitérée des cachets qui irritent la muqueuse gastrique et perturbent ses fonctions. Enfin, il est toujours utile de placer le tabétique dans les meilleures conditions générales (repos, aération, sommeil, etc.) surtout si les crises gastriques l'ont émacié, affaibli, et ont momentanément aggravé sa maladie.

Pathogénie et thérapeutique des arthropathies des tabétiques, par le Dr MAURICE FAURE, (de La Malou).

En raison du relâchement musculaire et ligamenteux qui donne à leurs articulations une liberté excessive, en raison aussi de leur incoordination et de leur appréhension, de la difficulté qu'ils éprouvent à se mouvoir dans l'obscurité, sur un sol glissant ou irrégulier, dans une pente ou un escalier, les tabétiques se font, beaucoup plus souvent que les autres sujets, des entorses et des fractures par arrachement, principalement dans les articulations du genou, du cou de pied, et

du pied, et à l'occasion de la marche. Leurs anesthésies profondes font que, souvent, ils ne s'aperçoivent pas de ces entorses et de ces fractures, ou qu'ils s'y arrêtent beaucoup moins que les autres blessés. La plupart continuent à marcher les jours suivants, bien que présentant les signes certains d'un traumatisme qui eût immobilisé un sujet normal. Beaucoup ne se font même pas soigner. Chez d'autres, le retard ou l'anomalie des réactions locales, l'absence de douleur, font commettre des erreurs de diagnostic. Il s'en suit que la thérapeutique n'est point ce qu'elle devrait être et souvent même est nulle. Pour cette raison, et aussi surtout à cause des réactions particulières aux tissus du tabétique, la guérison de l'entorse et de la fracture ne se fait point par les procédés habituels. Les os lésés s'hypertrophient, s'atrophient ou se déforment, les épanchements ne se résorbent point, les cals deviennent exubérants, bref l'articulation est le siège d'une série indéfinie de troubles trophiques contre l'évolution desquels le traitement local est impuissant, et qui peuvent aboutir à l'anéantissement de l'articulation, ou du moins à sa mise hors de service.

De cette pathogénie résulte une prophylaxie et une thérapeutique que l'observation de tabétiques suivis pendant des années, permet de signaler aujourd'hui comme donnant des résultats certains.

1° Il faut prévenir le malade (n'eût-il point d'ataxie, mais seulement de l'atonie et de l'anesthésie) du danger auquel il est exposé et l'inviter à prendre les précautions nécessaires pour éviter les fractures et les entorses;

2° au moindre traumatisme de ce genre (fût-il indolore et non accompagné de réaction locale immédiate), le tabétique doit se soumettre à un examen sérieux et, s'il y a des signes de lésion, l'on doit lui imposer immédiatement le traitement local ordinaire;

3° en même temps et par la suite, il faut instituer le traitement spécifique (par la médication arsenicale ou mercurielle, selon la tolérance du sujet et l'expérience du médecin) et ne pas se laisser arrêter par des tentatives infructueuses ou insuffisantes;

4° dès que la période aiguë de la lésion sera passée, il faut

s'appliquer à rendre aux muscles et aux ligaments de la région leur tonicité et leur coordination normales et rétablir la motricité dans le membre atteint, car le mouvement est indispensable à la bonne nutrition des organes moteurs.

Il n'y a pas lieu de se préoccuper d'agir directement sur les déformations constituées (qui sont le signe extérieur des arthropathies) par la révulsion, le massage, etc. (ce qui était, autrefois, la principale, sinon la seule thérapeutique). Par contre, l'on verra, par l'ensemble des mesures générales que nous indiquons, le mouvement revenir peu à peu à un état normal ou voisin de la normale, dans l'articulation lésée. L'on verra même les déformations déjà acquises s'atténuer : mais leur disparition n'est pas indispensable pour que le membre puisse effectuer un bon service, et souvent le trouble physique subsiste dans des proportions considérables, alors que le trouble fonctionnel est réduit à presque rien.

En résumé, les arthropathies des tabétiques sont dues à la réaction particulière des tissus malades en face des traumatismes ordinaires. Elles sont évitables et curables, par un ensemble de moyens prophylactiques et thérapeutiques découlant de leur pathogénie, que nous pensons avoir précisé, et dont l'expérience a vérifié les bons résultats.

Sur la radioscopie de l'estomac dans les « gastropathies nerveuses », par L. BÉRIEL et CHOLET (de Lyon).

On sait assez combien il est difficile, en pratique, de faire le départ entre les manifestations nerveuses d'origine gastrique et les troubles gastriques d'origine nerveuse. Le fait est d'autant plus malaisé que l'on se trouve souvent en présence de sujets présentant à la fois une prédisposition nerveuse ancienne et des symptômes importants du côté de l'appareil digestif. Il serait banal de rappeler quels services peut rendre en pareil cas l'exploration radioscopique, mais il nous paraît utile d'en préciser quelques points à l'aide d'exemples cliniques; parce qu'il est fréquent de voir abuser de cette méthode d'examen, ou au contraire de voir inutilisés certains renseignements qu'elle peut utilement fournir.

Dans beaucoup d'états neurasthéniques ou troubles nerveux mal caractérisés, surtout chez les femmes, l'examen aux rayons X est pratiqué lorsque les malaises sont rapportés au tube digestif. Il n'est pas inutile de rappeler, bien que ceci ne soit point l'objet de ce travail, que dans certains cas cette exploration est franchement nuisible pour les patients. Il arrive souvent par exemple que l'examen décèle un estomac grand, ou abaissé ; on sait que cet état est souvent compatible avec un bon fonctionnement, mais pour le malade, il est toujours le symbole de l'inquiétante « dilatation », l'indice d'nne « maladie d'estomac ». Or il est fréquent, dans ces cas, de voir une radiographie, pratiquée après repas bismuthé, devenir entre les mains du malade (qui la conserve précieusement) une source de suggestions éminemment défavorables ; elle demeure pour lui un document auquel il attribue une valeur absolue en raison de son apparence scientifique ; elle reste à ses yeux, malgré tous les efforts qui pourront ultérieurement être tentés, le témoin persistant d'une tare contre laquelle il n'y a rien à faire, témoin dont il argue soit vis-à-vis de son entourage, soit vis-à-vis de son médecin, soit vis-à-vis de lui-même, pour continuer à échafauder des représentations mentales déplorables. Il faut remarquer d'ailleurs que l'épreuve radiographique ne donne même au médecin que des renseignements incomplets et quelquefois trompeurs; il est trop certain que le volume, la position ou la forme de l'estomac, enregistré en un instant de la digestion gastrique n'est qu'un point de repère tout à fait insuffisant dans la généralité des cas.

Cette remarque étant faite, nous désirons attirer l'attention sur l'utilité que peut présenter au contraire l'examen répété et prolongé de l'estomac garni du repas bismuthé dans le cas particulier de troubles gastriques chez les nerveux ; particulièrement pour rapporter à un trouble organique du tube digestif ou de ses annexes des manifestations cliniquement indécises. Mais il nous paraît, que pour être véritablement utile, cet examen doit satisfaire à diverses conditions.

En premier lieu, il doit être pratiqué à l'écran, et comprendre une série d'observations successives, répétées autant de fois et à intervalle tel qu'il paraît nécessaire pour chaque

cas, à mesure que l'on suit la traversée digestive ; la fixation de l'image par la radiographie pouvant être un complément, généralement superflu. En outre l'examen doit être fait avec la collaboration du médecin qui a antérieurement examiné le malade ; les ombres radioscopiques ne fournissent que des indices et doivent être interprétées à la lumière des autres symptômes fournis par l'exploration clinique ; ils valent rarement par eux-mêmes. On sait assez aujourd'hui que, même en ce qui concerne l'appréciation de la motricité gastrique, les rayons X donnent parfois des résultats trompeurs à la suite de l'ingestion de bismuth ; on a dit et répété, avec raison, que l'évolution du repas bismuthé n'était qu'une représentation inexacte de l'évolution des repas ordinaires. Nous avons eu nous-même l'occasion de relever d'une manière très évidente la réalité de cette proposition, particulièrement chez un homme de 40 ans, qui souffrait d'hypersécrétion avec dilatation et chez lequel cet état avait été reconnu d'une manière certaine depuis plus de 20 ans ; chez cet homme, l'examen clinique et l'exploration par la sonde montraient une rétention habituelle de 12 et 24 heures, alors que la bouillie de bismuth, plusieurs fois observée dans des conditions différentes, évacuait régulièrement l'estomac en moins de trois heures. Il est donc indispensable que les symptômes fournis par l'écran soient analysés et interprétés par la même personne qui examine le malade avant, pendant, et après la radioscopie.

Une autre condition s'impose, à notre sens, à ces explorations chez les nerveux ; c'est qu'on ne les pratique pas sans précaution chez tous les malades, pour les motifs indiqués déjà plus haut ; on ne saurait trop en être très réservé, lorsque l'observation clinique n'a pas mis en lumière des troubles digestifs prépondérants ; de toutes façons, si l'examen radioscopique permet de rejeter tout trouble organique important et d'éliminer toute indication thérapeutique spéciale, il doit servir exclusivement à entretenir dans l'esprit du malade des suggestions favorables.

Sous ces conditions, l'examen peut fournir des déductions de grande valeur. Dans certaines circonstances spéciales, lui seul peut permettre de reconnaître une lésion gastrique, comme nous avons pu le voir par exemple chez une jeune fille,

présentant des troubles mentaux graves, qui disait avoir absorbé une substance caustique ; elle avait effectivement un rétrécissement cicatriciel du pylore dont il était impossible de démêler les symptômes dans l'état complexe d'obnubilation mentale où elle se trouvait (l'observation en a été publiée par Vallas et Feuillade). Plus souvent la radioscopie apporte un appoint précieux ou indispensable pour établir un diagnostic difficile et préciser une thérapeutique utile ; il en était ainsi dans les observations suivantes qui nous paraissent intéressantes par la complexité même de leurs éléments. Nous en donnerons seulement le résumé.

Observation 1. Mme C. 40 ans, vue pour la première fois le 21 janvier 1912 ; femme amaigrie, nerveuse, esprit inquiet, instable. Mariée, ses quatre enfants et son mari sont bien portants. Elle-même n'a jamais fait de maladie grave, mais elle a toujours souffert d'une constipation opiniâtre, et prétend avoir dû toujours soigner son alimentation ; depuis une vingtaine d'années elle se plaint de l'estomac ; inappétence, ballonnement, douleurs dont il est impossible de faire préciser les caractères, le plus souvent tardives, 5 à 6 heures après les repas, ou dans la nuit ; jamais de vomissement. A consulté de nombreux médecins, a suivi les traitements les plus variés ; finalement elle se contente de réduire beaucoup son alimentation : lait et pâtes. Insomnies, usage fréquent d'hypnotiques. Examen objectif à peu près négatif ; ventre flasque ; colons rétractés, légèrement douloureux ; estomac sans clapotage (6 heures après le repas, sans douleur provoquée). Pas de ganglions ; rien aux viscères, pas d'albumine. Amaigrissement considérable. Diagnostic : constipation spasmodique ; troubles gastriques d'origine nerveuse ; alimentation insuffisante.

La malade qui devait être examinée à nouveau n'est revue qu'en septembre 1912 ; depuis le dernier examen, elle a essayé de s'alimenter plus copieusement pendant quelques jours, et elle a légèrement engraissé ; puis, de nouveau, sans souffrir davantage elle a réduit son alimentation et a repris sa maigreur ancienne ; elle a vu à nouveau plusieurs médecins qui tous l'ont considérée comme une nerveuse ; elle a essayé aussi d'un traitement électrique, sans résultat. L'état est le même : on ne trouve toujours aucun signe net dans l'interrogatoire, ni dans l'examen. La malade se décide à être mise en observation ; elle entre dans le service de l'un de nous. On note sur l'observation, en dehors d'autres constatations négatives : aucun vomissement ; — aucun

clapotage gastrique aux diverses heures après les repas ; — l'alimentation peut être en réalité supportée en quantité plus considérable que celle utilisée habituellement par la malade ; mais elle détermine un léger ballonnement de l'épigastre avec besoin de dormir ; 5 à 6 heures après le repas commencent quelques douleurs, assez vives, avec tension de l'épigastre et contracture de la paroi ; la douleur n'a aucune propagation particulière. Pas de mouvements péristaltiques visibles ; on trouve à l'exploration un seul point très légèrement douloureux un peu en dessous et à droite de l'ombilic. La douleur s'atténue insensiblement, mais laisse un état nauséeux lorsque vient le repas suivant. Selles obtenues par lavement dures, de petit calibre. A plusieurs reprises réaction de Weber négative.

Radioscopie. Bouillie bismuthée, prise à 8 h. 1/2 (60 gr.). De suite, on ne voit qu'une tache triangulaire à sommet inférieur au-dessous du diaphragme ; quelques minutes après apparait une seconde ombre basse, distante et séparée de la première ; cette double image persiste 20 minutes, puis seule l'image inférieure qui s'est agrandie persiste, elle dessine un grand cul de sac un peu abaissé, avec un pylore haut ; peu de contractions. A diverses reprises dans la journée, la même figure se montre, avec une diminution très lente de la quantité du bismuth qui la forme ; il n'y a jamais de contractions énergiques de la paroi gastrique ; à 7 heures du soir (soit 10 h. 1/2 après l'ingestion), il persiste encore une notable quantité de la bouillie dans le cul de sac, qui a conservé la même forme. L'estomac est vide le lendemain matin. Diagnostic radiologique : biloculation incomplète ; rétention pylorique relative ; légère dilatation. En rapprochant ces constatations de l'observation clinique, on fait le diagnostic : lésion pylorique ancienne déterminant une sténose incomplète avec rétraction de la petite courbure et formation d'une biloculation imparfaite ; cette biloculation ne modifie pas sensiblement la fonction gastrique, mais altère les symptômes pyloriques : ceux-ci ne forment qu'un syndrome douloureux, sans vomissement, ni clapotage appréciable.

Intervention (M. Durand) : grosse plaque de périgastrite pylorique, s'etendant sur la petite courbure et l'attirant contre le pylore ; formation de deux poches séparées par un large canal ; légère dilatation de la poche inférieure ; probablement ulcère pylorique ancien. On fait une gastroanastomose sur la poche inférieure.

Suites opératoires très simples. Cessation complète des dou-

leurs, disparition de l'insomnie; retour progressif à une alimentation normale. L'engraissement n'a commencé que deux mois après l'intervention, malgré le bon état de la malade.

Actuellement (près d'un an après), la malade est dans un état parfait; elle a notablement engraissé; elle mange et vit comme tout le monde, et se déclare complètement guérie.

Dans ce cas, la radioscopie a permis de reconnaître une lésion organique ancienne, inaccessible à l'exploration clinique seule, et qui passait inaperçue au milieu de symptômes généraux pouvant être attribués à l'état nerveux du sujet; elle a commandé une indication nette. Elle a rendu des services analogues à ceux qu'auraient pu rendre les anciens procédés d'exploration, par exemple l'insufflation; mais elle s'est montré infiniment plus précise, plus complète, moins dangereuse.

Observation II. — Mme B. 30 ans mariée; pas d'enfants.

Anciennes crises douloureuses soignées pour colite, puis pour colique hépatique. Nervosisme ancien; antécédents héréditaires et personnels nerveux. Nombreuses préoccupations d'ordre familial. Constipation; alimentation irrégulière; dyspepsie intermittente sans rapport avec le choix des aliments, mais en rapport avec l'état mental. Diminution volontaire de l'alimentation, jusqu'à un taux infime; amaigrissement, anémie, état grave. Diagnostics successivement portés : gastralgie nerveuse; tuberculose.

La malade est adressée à la clinique privée d'Ecully. Jeune femme maigre, très anémique, très affaiblie (elle est obligée de garder le lit); aucun symptôme du côté des sommets, du cœur; pas d'albumine. Le ventre est souple, légèrement douloureux sur la ligne médiane. On ne perçoit ni tumeur, ni gros foie, ni grosse rate; la vésicule non plus n'est pas sentie; les colons sont en état de rétraction douloureuse. Pas de clapotage gastrique à jeun.

La malade supporte seulement quelques potages pris en cinq repas; elle déclare souffrir particulièrement vers 5 et 6 heures du soir, et dans la nuit; jamais de renvois, et très exceptionnellement un vomissement alimentaire loin des repas. Quand elle commence à souffrir, elle s'assied sur son lit, se plaint d'une manière incessante, et s'agite sans arrêt; à ce moment il est impossible d'explorer l'estomac; la paroi abdominale est contractée des deux côtés, sa pression paraît provoquer des dou-

leurs, peut-être un peu plus à droite qu'à gauche (la vésicule n'a jamais été sentie dans les périodes où l'exploration pouvait en être faite) ; cet état douloureux dure plusieurs heures. Constipation opiniâtre.

Ces malaises existent depuis plusieurs mois, cependant ils ne sont pas absolument réguliers ; il est arrivé que, dans certaines circonstances agréables, un repas assez considérable était supporté sans douleurs. Ainsi, il y a quelques semaines, la malade a dîné copieusement au restaurant avec des amis, sans ressentir de troubles. Quoi qu'il en soit, l'alimentation a été volontairement très réduite ; avec cette réduction, il arrive que pendant 6 à 8 jours la malade soit tranquille. En général, il y a de l'insomnie.

Pas de stigmates d'hystérie.

Après quelques jours d'observation, une consultation avec un de nos collègues des hôpitaux permet d'établir le diagnostic suivant : constipation ancienne, nervosisme très marqué ; troubles digestifs nerveux ayant eu probablement comme point de départ un léger degré de colite. On décide une cure d'isolement avec hydrothérapie tiède modérée et réalimentation progressive. Aucune amélioration ne se produit, l'amaigrissement fait des progrès rapides, 10 jours plus tard, on se décide à faire une radioscopie en série (7 mars 1912). En voici les résultats :

Bouillie bismuthée (carbonate de bismuth, 45 gr.) prise à 10 heures du matin. Estomac d'aspect normal, ni dilaté, ni abaissé ; contractions très faibles ; pas de douleurs. Le milieu de la journée se passe sans incident ; à 2 heures, il y a un léger clapotage avec quelques crampes ; sous l'écran, l'estomac contient encore à peu près la totalité du bismuth. L'après-midi est bonne. A 6 heures, début des douleurs sous forme de crampes, avec contracture de la paroi abdominale ; sous l'écran quelques fragments bismuthés dans le cœcum et le transverse, mais l'estomac contient encore approximativement les deux tiers de la bouillie ; des contractions énergiques se dessinent le long de la grande courbure, mais aucun bol ne franchit le pylore. Mêmes douleurs et mêmes constatations à 10 heures du soir. A minuit, soit quatorze heures après le repas, l'estomac contient toujours sensiblement la même quantité de bismuth ; il a toujours des mouvements péristaltiques énergiques, sans qu'il se produise de passage visible dans le duodénum. La malade souffre et supporte difficilement l'examen ; elle finit par avoir un vomissement assez abondant, qui est suivi de soulagement ; ce vomissement contient des mucosités, du bismuth, un liquide bilieux, et une très grande quantité de bismuth.

En rattachant les détails de cet examen aux antécédents douloureux de la malade, et en tenant compte à la fois de la rétention gastrique aiguë relative qui se produit après le repas, et à la fois de l'aspect normal de l'estomac, on fait le diagnostic de spasme pylorique biliaire, probablement par litiase.

Opération le 21 mars. Estomac petit, normal ; aucune adhérence ni autour de lui, ni au voisinage du duodénum ou des voies biliaires. La vésicule est un peu augmentée de volume, ses parois très légèrement épaissies. Cholécystostomie ; extraction d'un très grand nombre de calculs ; drainage vésiculaire.

Suites opératoires simples ; la fistule se ferme en temps normal. L'alimentation est reprise rapidement sans troubles ; le 16 avril, la malade part dans le midi ; engraissement rapide ; guérison subjective complète ; en été excursion dans les Alpes. L'année suivante, la malade fait aussi de longs voyages ; elle a repris complètement sa vie habituelle sans malaises, et sans suivre aucun régime.

Dans cette observation, l'appréciation de la fonction gastrique sous l'écran a permis de préciser un trouble de la traversée pylorique, indépendant de toute lésion de l'orifice ; rapproché de l'examen clinique et des commémoratifs, il a conduit au diagnostic utile. L'exploration radiologique aboutit ainsi parfois, chez de tels malades, à la conclusion inattendue d'une intervention chirurgicale ; il va de soi que celle-ci n'est malheureusement pas toujours suivie de résultats favorables, si le diagnostic est fait au moment où la dénutrition est trop avancée, et les lésions trop définitives. Dans le cas suivant, nous sommes persuadés qu'un diagnostic et une intervention beaucoup plus précoces eussent pu rendre service à la malade d'une manière complète ; nous résumerons donc ce fait qui nous paraît instructif à cet égard.

Observation III. — Mlle X, 25 ans, souffre depuis toujours de constipation opiniâtre ; ses parents sont vivants et en bonne santé ; elle-même n'a jamais eu de maladie aiguë depuis l'enfance. Depuis plusieurs années elle digère péniblement et a réduit son alimentation ; elle se plaint de brûlures après le repas de midi, brûlures qui durent jusqu'au soir ; le dîner alors est pris à contre-cœur, et la nuit les douleurs persistent. L'année dernière état plus aigu qualifié d'entérocolite muco-menbraneuse ; traîtement dans une clinique à l'étranger, sans amélioration

nette. Depuis, le même état a persisté, avec aggravation progressive; il s'est produit peu à peu des vomissements survenant quelques heures après le repas; ces vomissements calmant la malade, elle prend l'habitude de les provoquer; peu à peu aussi elle réduit considérablement l'alimentation. Amaigrissement progressif.

Pendant que se développent ces troubles, la sensibilité naturelle de la malade s'exagère, en grande partie sous l'influence de conditions familiales déplorables; il existe entre les parents une mésentente profonde qui éloigne douloureusement la malade tantôt de l'un, tantôt de l'autre; une tentative de refuge dans une condition religieuse, à laquelle s'oppose la famille, jette la malade dans la tristesse; elle prend l'habitude de se complaire dans une résignation muette; elle essaye cependant de modifier l'état de la digestion par des médicaments ou des régimes variés, ou par des voyages. Les troubles ne font que s'accentuer; divers médecins conseillent à diverses reprises une cure d'isolement; la famille ne s'y décide qu'à contre-cœur et poussée par l'état de dénutrition inquiétant de la malade.

Elle entre le 16 mars 1913 à la clinique privée d'Ecully, où l'isolement et la psychothérapie sont institués rigoureusement. On ne constate aucun trouble des organes thoraciques; en particulier pas de signes pulmonaires; température basse. Malade extrêmement amaigrie, affaiblie au point de ne pouvoir se tenir assise sur son lit sans vertiges. Aucun signe somatique autre qu'un clapotage gastrique se percevant facilement au-dessous de l'ombilic 5-6 heures après le repas; rien à jeun. La malade est d'ailleurs persuadée qu'elle porte une dilatation incurable; elle conserve une radiographie qui montre un estomac fortement abaissé. Cependant au bout de quelques jours, elle reprend confiance, fait des efforts, arrive à ne plus vomir, s'alimente un peu plus copieusement; mais elle continue à accuser des douleurs brûlantes aussitôt après l'ingestion, et elle paraît se complaire à s'y résigner. Selles rares, dures; plusieurs Weber négatifs.

Au bout de quelques semaines, on n'aboutit à aucun autre résultat qu'à la cessation des vomissements; l'amaigrissement est moins rapide, mais il continue. On fait un examen radioscopique (*Radioscopie*, 9 avril 1913); repas bismuthé pris à 10 h. 1/2, estomac abaissé, fortement contracté en son milieu, donnant une figure de biloculation spasmodique; à 2 heures de l'après midi, alors que la malade déclare souffrir beaucoup, et qu'il n'existe aucun clapotage, l'ombre gastrique est aussi volumineuse qu'au

début, il n'y a de bismuth visible nulle part ailleurs, mais l'ombre est ramassée sur elle-même, globuleuse, animée d'ondulations désordonnées aussi bien dans le sens normal qu'en sens inverse, et sans qu'on puisse voir aucune parcelle franchir le pylore ; à 6 h. 1/2 du soir, on voit un peu de bismuth dans le cœcum, mais la majeure partie est encore dans l'estomac, et celui-ci présente des contractions visibles, irrégulières et en divers sens ; à noter que l'ombre gastrique s'est notablement élevée; elle est actuellement au niveau de l'ombilic, sur sa gauche; à minuit, constatations analogues, la tache gastrique, plus petite, est encore plus élevée et à gauche; le cœcum et le transverse sont occupés par du bismuth et assez régulièrement marqués ; le colon descendant ne contient point de bismuth mais se dessine nettement par une série de poches aériennes. La malade souffre; le lendemain matin à 8 heures, même figure que la veille au soir, mais l'estomac ne contient plus qu'une petite parcelle opaque, à gauche de l'ombilic.

On fait le diagnostic de périgastrite diffuse avec altération du muscle gastrique assez prononcée ; après consultation avec un chirurgien, on propose une intervention, en indiquant celle-ci comme un pis-aller.

Opération le 17 avril ; estomac assez grand, irrégulier, avec la séreuse semée de tractus nacrés étoilés; pylore épaissi, fortement nacré. Large gastroanastomose par sutures.

A la suite de l'intervention, les douleurs diminuent notablement, on peut obtenir une alimentation à peu près suffisante en supprimant même tout calmant; l'amaigrissement s'arrête pendant quelques semaines. Cependant il persiste de temps à autre, tous les huit jours environ, un vomissement très abondant, uniquement composé de mucus et de bile presque pure; il persiste aussi des douleurs pendant la période digestive, la malade doit faire des efforts pour ne pas vomir chaque jour, et se plaint d'avoir tout le temps comme un goût bilieux dans l'arrière-gorge. Elle quitte la clinique fin mai; les nouvelles qu'on en a eu depuis indique que l'état est stationnaire, sans que l'amaigrissement ait repris sa marche, mais sans que le retour à une alimentation normale ait pu se faire.

Dans ce cas, très complexe en raison de l'état nerveux du sujet et des circonstances qui favorisaient une déviation mentale, la radioscopie a permis de rapporter à une cause organique l'origine des manifestations gastriques. La malade

portait très certainement des lésions chroniques du péritoine, et sans doute celles-ci intéressaient aussi les colons. Ce cas rentre, au point de vue gastrique, dans les faits de périgastrite qui ont été étudiés au point de vue clinique et anatomique par Paviot, Gardère et par nous-même, particulièrement en ce qui concerne le retentissement des lésions de la séreuse sur le muscle. L'opération n'a pu ici être pratiquée que très tardivement ; et certainement à ce moment existaient déjà des altérations irrémédiables de la musculature : ces dernières seules pouvaient expliquer le désordre de la motilité gastrique, et le trouble persistant malgré une bouche opératoire large ; l'intervention n'a pu apporter qu'un arrêt dans la marche rapide de la dénutrition (1).

La radioscopie ne conduit pas toujours, chez les nerveux, malgré la constatation d'une altération gastrique, à une intervention. Nous citerons à cet égard l'observation suivante, qui présente un autre intérêt pour sa rareté :

Observation IV. — Mme B., 32 ans, mariée, il y a 12 ans : deux fausses couches, puis un enfant mort à 15 mois, deux autres fausses couches suivies de curetage. Rien dans les antécédents héréditaires. Avant le mariage, la malade a présenté fréquemment des périodes de constipation alternant avec de la diarrhée (traitement à Châtel-Guyon il y a 7 ans) ; et elle a toujours eu des règles très douloureuses, mais elle n'a pas eu de maladie dont elle ait gardé le souvenir. Depuis son mariage, la santé est devenue plus précaire, sous l'influence des avortements fréquents; elle s'est mise en outre à souffrir de l'estomac, d'abord très passagèrement, puis d'une manière à peu près continue depuis trois ans; elle ne souffre pas violemment, mais digère très péniblement avec une sensation de pesanteur et de nausée qui, depuis quelques mois, va jusqu'à la syncope. Jamais de vomissements. Etat nerveux ancien très aggravé depuis ces dernières années ; anxiété, insomnies, pleurs fréquents sans motifs ; crises de nerfs.

L'état s'est aggravé depuis la fin du mois d'avril 1912 ; la malade relevait à ce moment d'une fausse couche suivie de curetage

(1) Pendant que ce travail était en cours d'impression, nous avons appris que l'état, après avoir présenté des alternatives d'amélioration et d'aggravation, s'était de nouveau aggravé. La dénutrition a repris après cette période d'arrêt de plusieurs mois, une marche progressive. La malade est morte le 6 octobre avec de l'ascite.

(février), elle était allée se reposer à la campagne ; les digestions deviennent à ce moment de plus en plus pénibles ; la constipation est opiniâtre. Le 30 avril, après le repas, sensation d'étouffement avec angoisse précordiale, sueurs profuses, perte de connaissance ; cet état dure trois heures, et se termine par l'évacuation de selles diarrhéiques très abondantes provoquées par un lavement. On laisse la malade au lait pendant huit jours ; pendant ce temps les sensations d'étouffement persistent avec angoisse précordiale, après chaque repas ; selles normales. Il y a ensuite une amélioration très légère : la malade supporte de petits potages de semoule deux fois par jour, en plus du lait ; après chaque absorption d'aliment, sensation de constriction thoracique avec douleurs derrière le sternum, douleurs que la malade décrit en disant qu'elle a comme de petits cailloux dans l'œsophage.

Dépérissement, faiblesse extrême ; on parle successivement de gastralgie nerveuse chez une hystérique ou de lésion pylorique nécessitant une intervention.

La malade entre à la clinique privée d'Ecully le 2 juin 1912. Femme amaigrie extrêmement faible, incapable de se lever du lit ; lipothymies fréquentes. Rien à l'examen viscéral, sauf quelques râles secs de bronchite aux deux sommets avec diminution de la sonorité surtout à gauche ; rien à l'examen du système nerveux. Ventre flasque, non sensible en général mais avec deux points douloureux à l'exploration, l'un au niveau du creux épigastrique, l'autre au niveau de l'appendice. Pas de clapotage gastrique, mais la percussion au niveau de l'épigastre provoque une sorte de gargouillement distinct des bruits coliques ; en ce point, on sent profondément un empâtement diffus, douloureux. Cœcum douloureux avec clapotage. Les troubles subjectifs consistent en crampes douloureuses après chaque ingestion, sans brûlures, mais avec le cortège de sensations décrites plus haut (angoisse, étouffements, cailloux dans l'œsophage) ; si on essaye de faire prendre une alimentation un peu plus copieuse, il se produit peu après des transpirations abondantes avec de l'agitation anxieuse, de la faiblesse du pouls (1), et quelques heures après une syncope termine la scène. Jamais de vomissements, constipation opiniâtre.

La malade est dans un état inquiétant : la température atteint quelquefois le soir 38° sans autre signe que les quelques râles des sommets signalés précédemment. Rien dans les urines qui sont rares.

(1) On a dû à diverses reprises pratiquer des injections d'éther ou de caféine.

Radioscopie le 4 juin. — Au moment de l'ingestion de la bouillie bismuthée, l'estomac montre une forme très allongée dans le sens vertical, sorte de canal étroit rapidement vidé par le bismuth, mais qui se continue au dessous de l'ombilic par une partie horizontale également étroite et rectiligne ; aucune contraction visible ; deux heures, trois heures après, l'image est la même, mais avec disparition de la partie verticale ; il persiste la portion linéaire transversale, toujours sans contractions visibles ; 11 heures après, on constate pour la première fois une certaine quantité de bismuth dans le cœcum, mais l'estomac en contient encore la plus grande partie, toujours sous forme d'un amas transversal au dessous de l'ombilic ; amas plus ovoïde que dans les précédents examens, mais encore assez allongé et non globuleux. Quatorze heures après l'ingestion, bismuth dans le cœcum qui est volumineux et fortement échancré, et dans le colon transverse ; dans l'estomac encore une tache noire, cette fois plus arrondie, à gauche et au-dessous de l'ombilic. Jamais on n'a saisi de contractions visibles de la poche qui paraît inerte et rigide.

L'estomac ne se montrant ainsi ni dilaté, ni animé de mouvements, la malade ne vomissant jamais, l'examen clinique ne permettant à aucun moment de saisir des signes de rétention avec dilatation, on se refuse à admettre, malgré la rétention relative du repas bismuthé, l'hypothèse d'une sténose pylorique (1).

On essaye de réalimenter la malade en la traitant comme une gastropathe nerveuse, et en la soumettant à l'isolement et à des suggestions psychothérapiques. Cette tentative est totalement infructueuse. D'ailleurs, en cherchant dans le passé quelque antécédent qui pourrait se rapporter à l'affection actuelle, on conduit la malade à conter des incidents aboutissant à la notion de syphilis, sur laquelle les fausses couches avaient déjà attiré l'attention ; la syphilis aurait été apparente peu de temps après le mariage (accidents cutanés rapidement guéris par un traitement spécifique). Wassermann positif.

On examine une seconde fois le tube digestif à la *radioscopie le 13 juin*. Mêmes constatations que la première fois ; l'estomac est examiné au moment de l'ingestion, puis 1 heure, 2 heures, 7 heures, 9 heures, 13 heures et 21 heures après ; il présente la même immobilité et la même rigidité avec la situation transversale

(1) On a fait en outre à cette époque divers examens du chimisme gastrique, qui ont montré de l'hypoacidité, avec des acides de fermentation. On a fait également divers Weber sur les selles, toujours négatifs.

et la forme oblongue de sa partie principale et il conserve du bismuth à l'examen pratiqué à la 13e heure.

Malgré l'exceptionnelle rareté de la syphilis gastrique, on pense à une lésion de cette nature, sorte de syphilome diffus; on repousse toute idée d'intervention à laquelle la malade était prête à se soumettre, et on institue un traitement spécifique. La malade prend dans les six semaines qui suivent, sept injections d'huile grise et de l'huile iodée également en injections (elle ne peut supporter l'iodure par la bouche). Après trois semaines de repos, le 31 août, on fait encore une nouvelle série d'huile grise et de lipiodol, jusqu'à fin septembre. Pendant le courant de la première série du traitement il se manifeste déjà une très légère amélioration suivie d'une aggravation passagère (syncopes, sueurs profuses, subictère); mais dès la fin de cette série, l'amélioration se manifeste à nouveau franchement : l'alimentation peut être reprise (pâtes, purées, viande crue) ; la malade engraisse et prend des forces, elle peut se lever ; elle ne souffre plus que d'une manière intermittente, tout les huit ou dix jours environ. Après la seconde série, au début d'octobre, le changement est considérable; la malade se livre à toutes les occupations habituelles; elle ne peut cependant pas faire de longues marches, et les exercices physiques lui donnent des douleurs dans la fosse iliaque droite ; il persiste certainement dans cette région des adhérences anciennes; il y a du clapotage cœcal, la constipation persiste et les règles sont douloureuses et s'accompagnent de manifestations nerveuses; on a assisté à deux ou trois véritables crises de nerfs avec agitation et larmes, d'ailleurs très différentes des états anxieux et syncopaux observés au moment de la période aiguë de la maladie. La malade quitte la clinique à la fin de l'année.

Elle a été revue en avril 1913 ; elle a continué à se bien porter au point de vue gastrique, avec cependant, particulièrement au moment des règles, quelques périodes courtes de digestions pénibles avec ballonnement, sans rien qui rappelle toutefois les anciens accidents; elle a fait à nouveau au début de l'année une série de piqûres d'huile grise chez elle. Maintenant on note une petite hernie graisseuse épigastrique, qui n'existait pas l'année dernière, et qui est d'ailleurs peu douloureuse. On fait une 4e radioscopie après repas bismuthé ; l'estomac a une forme normale; il est seulement légèrement abaissé, mais *il présente des contractions très vives, régulières et se vide complètement en trois heures*.

Dans ce cas, il nous paraît incontestable, malgré la rareté

du fait, qu'on s'est trouvé en présence d'une gastrite syphilitique, probablement avec une infiltration totale de la paroi, et de la séreuse; sans doute la petite hernie graisseuse ultérieurement développée est en rapport avec la cicatrisation de la lésion gastrique et périgastrique. Certes la radioscopie n'a pas à elle seule décelé une altération spécifique; mais elle a montré un estomac anormal, dont la tenue et la forme ne rappelaient aucune lésion classique (si ce n'est peut-être la linite plastique) : par là elle a orienté les recherches et le diagnostic vers cette lésion syphilitique rare, que les résultats thérapeutiques, vérifiés 10 mois plus tard à l'écran, ont confirmée. On peut se contenter de dire ici, si l'on veut pousser la prudence du diagnostic à l'extrême, que la radioscopie a montré, chez une grande nerveuse avec troubles gastriques graves, une altération organique ne relevant pas de l'intervention chirurgicale, et qui a cédé au traitement spécifique.

Comme on le voit, dans les cas complexes, ce n'est pas une image radiographique isolée qui peut être utile : l'interprétation de nombreuses images radioscopiques étudiées, en série sur l'écran, et associées à l'analyse chimique, peut seule permettre de pénétrer réellement la maladie. Or, chez les nerveux, les troubles gastriques, lorsqu'ils deviennent prépondérants, prennent si fréquemment cet aspect complexe, par la présence de symptômes anormaux ou surajoutés, ou par l'absence de certains signes habituels, que cette longue analyse devient nécessaire. La radioscopie rend ainsi, dans les conditions, et avec les restrictions rappelées plus haut, de très grands services, soit qu'elle conduise à une intervention judicieuse, comme dans nos premières observations, soit au contraire qu'elle évite utilement l'opération comme dans la dernière.

Délire obsessif de persécution chez une obsédée constitutionnelle — Syndromes multiples, par M. Roger DUPOUY.

Dans deux communications antérieures à la Société médico-

psychologique (1), j'ai insisté sur la systématisation de certaines idées obsédantes et sur leur évolution progressive dans un sens nettement délirant. A l'appui de cette opinion j'ai apporté deux observations, la première ayant trait à un malade dont les obsessions finirent par aboutir à un délire interprétatif de nature mélancolique, la seconde étant celle d'une femme chez qui la phobie de la rage donna naissance à un délire de persécution avec hallucinations multiples de la vue et de l'ouïe.

Voici une nouvelle observation, celle d'une jeune fille qui depuis l'âge de 9 ans présente des obsessions ou les phobies les plus diverses et qui verse aujourd'hui, par l'intermédiaire d'une obsession de formule assez rare, dans un délire de persécution au cours duquel se sont déjà montrées quelques hallucinations auditives. J'ai tenu à la rapporter pour étayer une fois de plus l'existence et la nature de ce délire spécial à base ou d'origine obsessive dont l'autonomie n'est pas encore complètement acquise malgré les travaux des meilleurs auteurs, de Falret, de Morel, de Legrand du Saulle, de Ritti, de Séglas, de Pitres et Régis, d'Arnaud.

Mademoiselle G. a aujourd'hui 27 ans, et elle est malade depuis l'âge de 9 ans. Elle est elle-même la fille d'un obsédé constitutionnel manifestant par intermittences une peur morbide des chiens enragés, des chevaux, des vipères, etc... et elle a très intelligemment remarqué que son père ne pouvait se défendre, lorsqu'il avait été à la cave, d'y retourner pour bien s'assurer que la cannelle de la barrique avait été bien fermée ; elle assimile cette « manie » à celles qu'elle-même a présentées.

Elevée dans une maison religieuse, M[lle] G. lit dans un évangile, à 9 ans : « Quiconque blasphème le nom du Saint-Esprit sera à jamais perdu ». Ce fut là l'origine de sa première idée obsédante, la crainte de blasphémer. Si jamais je le fais, pense-t-elle, je serai à jamais perdue. Elle a des scrupules anxieux à l'occasion de tous ses actes et de ses moindres paroles, de l'insomnie, de l'agitation émotive, des crises de larmes et de désespoir. Elle sent déjà « qu'elle n'est plus normale ». Sa première communion

(1) Un cas de phobie à systématisation délirante (en collaboration avec le D[r] Rogues de Fursac. Société médico-psychologique, 31 mars 1913. Du délire obsessif. Société médico-psychologique, 26 mai 1913).

s'effectua très difficilement, et au milieu de scrupules « terribles ».

Une accalmie survient entre 13 et 14 ans après qu'elle eut quitté la maison religieuse et se fut rendue chez ses parents, mais toutes ses idées ne tardent pas à surgir à nouveau ; elle ne peut plus, à cause d'elles, dire ses prières, ni faire un signe de croix ; elle se sent à chaque instant obligée de recommencer sous prétexte qu'elle a eu des distractions en accomplissant ses rites religieux, qu'elle a pensé à autre chose ou qu'elle a eu une mauvaise pensée. Elle éprouve la crainte anxieuse et obsédante du péché mortel. Elle reste à genoux et en supplications désespérées jusqu'à 2 heures du matin sans parvenir à trouver la paix. En même temps elle se met à avoir divers tics de la face qui, progressivement, s'atténuèrent et disparurent.

Elle souffre terriblement de ses scrupules, mais ne veut rien dire à un médecin que ses parents l'obligent à consulter, tant elle est humiliée et a conscience de n'être pas normale et d'être considérée comme folle. Elle va trouver un prêtre pour s'ouvrir à lui de ses inquiétudes religieuses et leurs entretiens ne font qu'exacerber celles-ci ; rien que de s'imaginer qu'elle peut avoir une mauvaise pensée devient à ses yeux un péché mortel.

Diverses idées obsédantes se succèdent dans son esprit, l'une chassant l'autre : elle a peur de l'émail ; s'étant attachée à cette pensée que les parents peuvent faire aller leurs enfants en prison, elle a peur de dire des accusations mensongères et de mériter ainsi son incarcération (nous retrouverons plus tard cette même idée) ; elle a peur de faire du mal ou du tort à autrui : touche-t-elle un objet quelconque dans un magasin, elle a aussitôt peur de l'avoir abîmé ; entre-t-elle dans une maison, elle s'accuse de s'introduire malgré eux chez les gens qu'elle vient visiter ; elle reste des heures entières debout devant son lit sans pouvoir se décider à s'y coucher parce qu'à cet instant précis elle pense à certains morts et qu'elle a peur de leur faire tort... Elle a peur d'être atteinte de la maladie du charbon, peur des mouches, de la morve, etc...

A 20 ans, elle a peur des hommes parce qu'un homme, un jour, l'a embrassée ; elle se croit enceinte ; elle lit dans un journal de médecine et retrouve sur elle-même tous les symptômes de la grossesse, même les mouvements fœtaux. Elle a peur, durant de longs mois, de rencontrer un homme dans le tramway, de s'asseoir à la place occupée précédemment par un homme, d'être regardée par un homme ; elle redoute de dormir en présence d'un homme parce qu'il pourrait, pendant ce temps-là, abuser d'elle et elle en

vient à douter qu'elle a ou non dormi, qu'elle a conservé ou perdu toute sa conscience.

La phobie de la rage la saisit à son tour en apprenant qu'il y a eu chez ses grands parents un chien enragé; elle a peur, pour cette raison, de tout ce qui vient de la rue ; elle a même peur du pain qu'il faut brûler, devant elle, à la flamme, pour la convaincre qu'il n'est pas microbifère ; elle finit par ne plus oser y toucher et reste 2 ans et demi sans en manger. Des attaques de nerfs, des crises hystériformes éclatent, durant lesquelles elle se roule en criant. Elle ne veut plus sortir de chez elle sans qu'il y ait constamment quelqu'un derrière elle pour l'accompagner et la rassurer ; elle met des doubles gants et se livre à d'incessants lavages des mains. En janvier 1911 elle est internée d'office à la suite d'une scène de colère et de cris sur la voie publique, motivée par cette phobie spéciale.

Une nouvelle phobie s'installe pendant son internement, celle de la syphilis et c'est alors un lavage interminable des mains et des parties sexuelles. Un exemple montrera à quel point les réactions d'une idée de ce genre peuvent être pénibles pour une malade qui, malgré ses troubles psychiques, reste consciente. Mlle G. n'osait plus aller aux W. C. communs ; il lui fallait aller sur un vase à elle, seulement touché et nettoyé par elle. Pour ses ablutions, d'autre part, elle en vint à se défier des eaux qui lui servaient et qui pouvaient être contaminées, et à n'avoir plus confiance qu'en sa salive. Elle prit donc peu à peu l'habitude de se nettoyer les doigts après un contact suspect en les introduisant dans sa bouche et en les suçant. Et dans un paroxysme anxieux elle se nettoya de la sorte les doigts qui lui avaient servi à s'essuyer l'anus après défécation, n'osant pas dans sa phobie user du papier mis à sa disposition. Elle pleure en nous racontant cela et en nous disant combien elle a souffert d'être ainsi obligée de sentir cette odeur épouvantable et ce goût répugnant des matières... Mais elle ne pouvait faire autrement; sa phobie était trop puissante, trop dominatrice...

De phobie en phobie, Mlle G. en est arrivée à la période actuelle où nous voyons revenir une idée qui l'avait déjà tourmentée vers 18 ans, celle de proférer des accusations mensongères contre ses parents, mais qui, cette fois, s'est organisée en un véritable délire systématisé.

L'idée première phobique est la crainte de mourir de faim, Mlle G. n'a pas à redouter cette éventualité, car son père a de la fortune et elle est fille unique; mais elle connaît un article du Code

Civil qui déclare indigne de succéder et, comme tel, exclu des successions celui qui a porté contre le défunt une accusation capitale jugée calomnieuse (art. 727 du Code civil). La voilà donc dans des transes affreuses. Elle a peur de dire ou d'écrire des accusations jugées calomnieuses contre ses parents et d'encourir, de ce chef, la perte de sa fortune future. Il faut qu'on lui cache tout ce qui peut servir à écrire, papier, plume, crayon,... mais elle craint encore d'écrire avec son sang, avec celui de ses règles, avec un morceau de bois ou un débris quelconque faisant office de plume, sur une muraille, une lame de parquet, un rideau ou un store. Et ce sont alors des doutes horribles : n'a-t-elle pas écrit? N'a-t-elle pas dit quelque chose qui puisse servir de base à une action en exclusion de succession? Elle ne se rappelle pas ; elle ne peut affirmer ; elle a peur que dans son sommeil, dans un moment d'inconscience, elle n'ait cédé à l'obsession qui la hante. Pour ses parents, dès lors c'est... le supplice de la question. Cent fois par heure elle les interroge et les force à répondre. Etes-vous sûrs que je n'ai pas écrit? N'ai-je rien dit contre vous? La porte est-elle bien fermée, qu'on ne puisse rien entendre de ce que je dis? L'encre, les plumes, les crayons sont-ils bien enfermés sous clef? Êtes-vous bien certains que je ne vous ai pas fait mal, que je ne vous ai pas touché, etc...?

Elle se lance chez les avocats, court de consultation en consultation pour se mettre à l'abri de poursuites possibles, réclame son internement pour qu'elle soit déclarée officiellement irresponsable en cas d'action judiciaire. Des idées de persécution se greffent sur ce premier thème. Une cousine doit certainement chercher à lui nuire afin de pouvoir bénéficier de l'héritage. Elle lui prendra ce qui lui revient de droit ; il faut qu'elle se défende contre elle. Elle a demandé à son père de ne plus la recevoir, de la mettre à la porte, si elle se présentait à nouveau. Son père le lui a promis mais elle ne le croit pas et elle souffre horriblement. Elle ne voit qu'un moyen pour en finir, c'est de les tuer, elle et son mari et de se tuer ensuite. Elle en veut à son père qui pourrait avoir un autre enfant et la déshériter au profit de ce dernier ; elle lui a demandé de n'avoir plus de rapports, de faire opérer sa mère pour qu'elle ne puisse plus enfanter...

Ces idées de persécution, à base obsédante, s'aggravent. Elle reproche à la Justice d'être mal faite, de ne pouvoir empêcher sa condamnation, pourtant imméritée, car elle aime profondément ses parents et n'a jamais rien dit contre eux. Elle veut se rendre au Palais et frapper à mort un magistrat, l'incarnation de cette

Justice détestable. Elle éprouve une haine farouche contre ses cousins et même contre son père. Elle se suiciderait si elle n'était retenue par la peur phobique de l'enfer. Le système se précise de plus en plus ; ce n'est plus un doute qui l'étreint, mais une conviction qui la possède ; tout le monde s'entend pour la frustrer de son héritage et la faire mourir de faim. Elle refuse de voir ses parents désormais, cherche à se claustrer et à se barricader dans sa chambre. Quelques troubles sensoriels font tout récemment leur apparition. Le 5 juillet 1913, pour la première fois, elle entend parler dans sa chambre alors qu'il n'y a personne, mais elle ne se rappelle pas ce qu'elle a entendu. Le 10 juillet, elle entend, de la manière la plus précise, la voix de la surveillante lui dire : « Ce n'est pas cela ». Elle se retourne, étonnée de l'entendre, mais il n'y avait personne, elle était absolument seule... Dès lors c'est continuellement dans sa tête un travail de pensées qui lui échappent. En même temps elle voit « en tous des ennemis » ; on cherche à lui nuire par méchanceté ; les médecins eux-mêmes qui devraient la protéger se font complices de ses cousins pour l'amener à mourir de faim.

D'autre part, de nouvelles idées obsédantes s'incorporent aux premières ; elle a peur de faire des donations entre vifs malgré elle, inconsciemment, portée à les faire par des influences étrangères qu'on ferait agir sur elle. Bref, de jour en jour, le système s'accroît, il s'étend et s'affirme progressivement ; il s'agit véritablement aujourd'hui d'un délire systématisé à base obsessive et évolution progressive.

Ce délire s'est développé chez une malade qui, auparavant, était franchement une obsédée constitutionnelle et n'était que cela, phobique à phobies variables, à paroxysmes anxieux et à périodes d'accalmie plus ou moins longues, obsédée scrupuleuse et par moments atteinte d'onomatomanie, d'arithmomanie, etc... Avant de se systématiser, l'idée obsédante a parcouru une période analogue à celle présentée par les idées qui, antérieurement, s'étaient manifestées (peur de la rage, de la syphilis, de la grossesse) c'est-à-dire coupée de rémissions, d'intermissions, de crises aiguës... Puis, l'idée s'est fixée définitivement, et enfin elle a évolué en groupant à ses côtés d'autres idées voisines, en s'engageant dans la voie d'un délire de persécution et en s'adjoignant quelques troubles hallucinatoires, encore à leur début.

Nous retrouvons là les trois périodes schématiques que j'ai reconnues à cette variété de délire que l'on peut appeler obsessif.

Un détail doit encore être relevé dans cette observation, c'est l'existence, à la période prédélirante de moments d'inconscience ou de subconscience présentés par la malade et qui jouent un grand rôle dans l'élaboration de son délire. M[lle] G. prétend qu'à certains moments la notion de son existence consciente lui échappe et qu'alors, incapable de savoir ce qui s'est passé durant des courts instants, elle est en droit de craindre les pires événements, rapports sexuels involontaires et inconscients, viol, contamination syphilitique, émission de paroles blasphématoires ou de propos calomnieux, dénonciations écrites et mensongères, etc... Ces sortes d'*absences* que l'on pourrait opposer aux absences épileptiques en ce qu'elles sont conscientes alors que ces dernières ne le sont généralement point, ont été signalées depuis longtemps, principalement par Janot et par Arnaud. Elles paraissent préluder à la désintégration progressive de la personnalité, laquelle aboutit au dédoublement conscient si fréquent chez les obsédés chroniques, ou bien à la maladie du doute, état obsédant chronique, subdélirant mais encore conscient, ou bien enfin à l'une des variétés de délire obsessif. La valeur pronostique de ce symptôme nous paraît donc des plus importantes.

Un cas de délire d'interprétation (forme hypocondriaque), par les D[rs] Paul SÉRIEUX, médecin des asiles d'aliénés de la Seine et Lucien LIBERT, interne des asiles d'aliénés de la Seine.

La malade dont nous allons rapporter l'observation est un exemple d'une forme rare du délire d'interprétation : la forme hypocondriaque.

On sait que les interprétateurs puisent le plus souvent la matière de leur délire dans les événements du monde extérieur ; qu'un mot, un geste, un regard peuvent provoquer les conclusions les plus hardies, que la lecture des journaux et les événements de la grande actualité fournissent eux aussi

un aliment aux interprétations délirantes. Mais à côté de ces interprétations exogènes coexistent souvent des interprétations endogènes.

Le malade tire parti du moindre malaise : indigestion, vertige, somnolence, soubresaut musculaire, pour se dire empoisonné, hypnotisé ou électrisé ; ou bien il utilise dans le même sens ses rêveries et ses songes.

Notre malade est une persécutée dont le délire repose presque uniquement sur des interprétations erronées des troubles de la ménopause.

C'est un cas pur et particulièrement démonstratif de délire d'interprétation à forme hypocondriaque qui peut prêter à des commentaires intéressants sur la genèse de certains délires d'interprétation.

Anne M..., âgée de 41 ans, est conduite à l'asile de Maison-Blanche le 25 juillet 1912. Fille d'un père alcoolique, mort à 72 ans, et d'une mère, décédée au même âge d'une maladie de foie. Nous avons peu de renseignements sur ses antécédents personnels. Elle quitta son pays vingt ans avant son internement pour venir se placer à Paris, et il semble qu'elle ait donné satisfaction à ses patrons puisqu'elle reste dans la même place pendant 3, 4 et 5 ans. En avril 1908, elle entre chez M. J... en qualité de bonne à tout faire. Elle était munie d'excellents certificats et d'une lettre de recommandation de sa précédente patronne. La mère de M. J... était à ce moment très malade. Hémiplégique et gâteuse, elle demandait des soins constants. Sans aucune répugnance Anne M... se consacre au service de la malade, la lève, l'habille, lui donne, nuit et jour, des soins intimes, et cela jusqu'au décès de Mme J..., en décembre 1908. Son patron lui donne une gratification assez importante et l'autorise, sur sa demande, à coucher dans la chambre de la défunte.

Depuis quelques mois (nous sommes au début de 1909) Anne M., alors âgée de 38 ans, se plaignait d'une couturière qui venait travailler en journée chez M. J... ; elle obtient le renvoi de cette ouvrière, mais Anne M... l'accuse encore de la desservir auprès de son maître et va jusqu'à son domicile pour lui faire des scènes très violentes. Vers le mois de février 1910 elle se plaint des commis d'un épicier qui se montrent impolis et narquois à son égard, qui lui font des grimaces dans le dos. M. J... change d'épicier.

Mais bientôt Anne M... récrimine à nouveau. M. J. . habite un entresol, et, au-dessous de lui, se trouve la boutique d'un pâtissier. Les cuisines de la pâtisserie donnent sur une petite courette que l'on aperçoit de la chambre où Anne M . se tient pour coudre. Les ouvriers pâtissiers, les demoiselles de magasin, les bonnes, déclare Anne M .., s'entendent pour se moquer d'elle et pour lui faire des singeries. Elle s'en plaint à son patron et prend chaque jour l'habitude de lui remettre au moment des repas ou de déposer sur sa table de nuit des lettres où elle raconte ses ennuis. De plus, elle travaille les doubles rideaux fermés et la lampe allumée en plein jour. La nuit elle dort mal. De la chambre voisine M. J... l'entend rêver tout haut Elle parle continuellement de lui. Tantôt il a toutes les qualités, tantôt, au contraire, c'est un sale Monsieur bien peu recommandable. M. J.. , troublé chaque nuit dans son sommeil, prie Anne M... d'aller coucher au 6me étage, ou tout au moins dans un coin reculé de l'appartement. Elle consent à faire son lit, chaque soir, dans le salon. Puis elle commence à se plaindre d'être souffrante, d'avoir des maux de tête fréquents, des varices. Elle voit plusieurs médecins ; mais à chaque fois elle change de docteur et de pharmacien, car ceux-ci, dit-elle, lui font prendre des drogues qui lui abîmeront complètement la santé. Depuis qu'elle s'est surmenée pendant la maladie de Mme J... sa santé est en effet bien chancelante, Enfin elle demande à M. J... de la faire entrer dans un hôpital où elle sera seule dans une chambre, moyennant 3 francs ou 3 francs 50 par jour. M. J... lui conseille d'aller plutôt à la consultation d'un hôpital. Elle se rend à la Salpêtrière ; mais de la section des maladies nerveuses on ne tarde pas à la faire passer dans celle des maladies mentales. A partir de ce jour Anne M... nourrit contre M. J... une haine violente. Elle n'était pas folle, et son patron a abusé de ses relations pour la faire interner. A la première visite de M. J... ces sentiments se manifestent; aussi ce dernier ne retourne-t-il plus voir son ancienne domestique. Trois mois après son internement elle sort de la Salpêtrière. Son état ne s'était pas modifié aux dires de M. J...

Au moment de son départ pour l'hôpital, Anne M... avait laissé chez M. J... deux malles et des effets non emballés dans une armoire. A sa sortie de l'hôpital elle vient chez M. J... pour rentrer en possession de ses affaires. Elle lui reproche. alors, de lui avoir pris un vêtement, un chapeau, un parapluie, deux mouchoirs de poche et 300 francs. Elle vient plusieurs fois à son bu-

reau lui faire des scènes au sujet de ces objets disparus, et cela en présence de ses clients et de ses ouvriers. M. J... lui remet enfin 20 francs et lui fit en échange signer un reçu pour solde de tout compte. Son patron n'entend plus parler d'elle, lorsqu'en janvier 1912 sa concierge lui déclare : « J'ai vu Anne M...; elle m'a montré un revolver et m'a dit : « J'ai encore 1.400 francs à moi, quand j'aurai mangé 900 francs, j'en garderai 500 pour me faire enterrer et j'irai tuer M. J... ; je me tuerai ensuite moi-même. »

En juillet 1912, elle se présente, un jour, vers midi, aux ateliers de M. J... Elle savait que ce dernier déjeunant de 11 heures à midi rentrait exactement à midi ; mais, ce jour-là, M. J... ayant trois personnes à déjeuner avait prolongé son séjour à son appartement. Un employé vient l'avertir que son ex-bonne veut lui parler. Il donne l'ordre de remettre à Anne M... tout ce qu'il faut pour écrire. L'employé retourne à l'atelier et revient bientôt disant qu'Anne M... veut absolument voir son ancien patron, et que, dût-elle attendre jusqu'au soir, elle ne s'en ira pas avant. M. J... se rend alors à ses ateliers. Il fait entrer Anne M... dans son bureau, en prenant la précaution de se tenir toujours derrière elle. Aussitôt assise elle se répand en grossièretés et en injures sur le compte de M. J... et porte la main droite sur la crosse d'un revolver placé dans sa poche. M. J... lui saisit alors brusquement le poignet et la maintient jusqu'à l'arrivée des agents. Au commissariat on la trouve porteuse d'un revolver chargé de six balles.

Elle est alors conduite au dépôt le 19 juillet 1912.

Elle nous déclare, à son entrée à Maison-Blanche, qu'elle a éprouvé ses premiers malaises à la suite de la fatigue provoquée par les soins donnés à la mère de M. J... Tout d'abord elle ne s'est pas étonnée des malaises ressentis : douleurs de reins, entéralgie, œdème des jambes lié à des varices. Mais son patron, dit-elle, a l'intention d'en faire sa maîtresse : sa conduite à son égard ne prête à aucune équivoque. Anne M... commence à concevoir des doutes ; elle a remarqué en allant chercher du charbon qu'elle ne pouvait plus monter les escaliers. Une aussi grande faiblesse en aussi peu de temps n'est certes pas naturelle. Néanmoins elle passe l'année 1909 chez son patron, épiant et surveillant ses gestes. Puisqu'il ne peut arriver à la posséder de son plein gré, il va essayer de développer chez elle une « folie amoureuse » ; il lui fait prendre de la cantharide dans ses aliments « pour la faire marcher, pour pouvoir continuer à la caresser ».

Dès qu'elle mangeait, ses troubles la prenaient. Alors elle s'est expliquée toutes les douleurs qu'elle ressentait. Elle s'est plainte à son patron du martyre qu'il lui faisait subir. Pour toute réponse il l'a « jetée » chez les folles, à la Salpétrière.

A sa sortie de la Salpétrière elle s'est rendue chez une de ses tantes en Bretagne. « Le docteur qui m'a examinée, dit-elle, a été d'avis que j'avais pris de la cantharide ». Chez sa belle-sœur où elle réside quelque temps, on lui a également fait, à son avis, absorber de cette drogue. Pour cette raison elle se fâche avec sa famille et revient à Paris, en octobre 1910. Elle essaie alors de se placer; mais M. J..., furieux de se voir évincé, l'empêche d'entrer en condition. Pour déjouer ses ruses elle ne s'adresse plus aux bureaux de placement ; elle met des annonces dans les journaux. Néanmoins l'influence de M. J... est telle qu'elle n'a pu arriver à trouver une seule place d'octobre 1910 à juillet 1912. Elle vit uniquement de ses économies. Une amie de M. J... la suit d'hôtel en hôtel et continue à lui faire prendre de la cantharide. Dans un hôtel où elle habite, une chatte après avoir bu dans son pot à eau entre immédiatement en chasse, et les patrons la font aussitôt disparaître pour qu'elle n'attire pas l'attention d'Anne M... Si elle se lave les pieds avec cette eau, les ongles deviennent cassants et éclatent. Alors elle prend le soin d'aller tirer son eau elle-même et elle essaie de rétablir sa santé « en prenant le plus grand soin d'elle-même ». Elle prépare sa nourriture ; va chez le boucher, fait couper le morceau devant elle. Cela lui paraît une garantie suffisante, on ne serait pas assez bête d'empoisonner tout le morceau et de risquer la vie de plusieurs clients pour l'atteindre elle. Malgré toutes ces précautions, on lui fait absorber néanmoins de la cantharide ; elle le reconnaît à certaine douleur d'estomac qui se déclanche subitement. Comment lui fait-on prendre cette cantharide ? Elle ne sait. On entrait sans doute dans sa chambre pour cela ! C'est si facile dans un hôtel où les clefs sont les mêmes pour toutes les portes. Son patron a des employés spéciaux pour retirer ses lettres de la boite. Il a fait confisquer sa correspondance, car personne n'a répondu à ses lettres. Un jeune homme se faisait délivrer ses lettres à la poste restante.

En même temps on essaie de la pousser à la prostitution. Dans l'escalier de l'hôtel un Monsieur qui ne peut être qu'un complice de M. J... s'est exhibé devant elle et lui a fait des propositions obscènes ; M. J. veut aussi la pousser à la prostitution pour avoir une excuse de ses propres vices.

A force de prendre de la cantharide, elle est tombée complètement malade. Elle avait mal dans les jambes, dans les reins, partout; la tête aussi a été prise. Elle a eu le sang engourdi. Elle a été plusieurs mois sans avoir ses règles et, avant que cela ne vienne, c'était de l'eau pendant plusieurs jours. Sa peau est devenue jaune. Elle a ses cheveux qui ont blanchi tout d'un coup ; la nuit, elle avait les bras et les jambes serrées comme dans un étau ; elle perdait la mémoire. Rien de tout cela n'est naturel. Elle a eu la cuisse noire à force de prendre du poison : « Mon patron, dit-elle, m'a complètement éreintée; la cantharide me donnait des démangeaisons ; je ne pouvais plus supporter mon corset. Mes varices se sont développées jusqu'au bout de mes pieds. » C'est alors qu'elle est allée, revolver au poing, sommer M. J... de finir ses persécutions.

A l'asile Mlle M... ne nie pas avoir dit à la concierge qu'elle tuerait M. J .., mais c'était uniquement, affirme-t-elle, pour lui faire peur. Si M. J... ne l'avait pas fait suivre, il n'aurait pas su qu'elle avait un revolver. Lorsqu'elle est allée le voir, elle a gardé les mains croisées sur la poitrine, et elle n'a nullement fait semblant de prendre le revolver chargé qu'elle avait sur elle. Elle n'aurait pas voulu souiller l'honneur de sá famille par un crime. Cet incident a été travesti par M. J... Dans *Le Petit Parisien* on a inséré le fait divers suivant : « Folle, Anne M... domestique remerciée par ses patrons, industriels établis rue Saint-Martin, s'en vint à plusieurs reprises les menacer. Elle a été arrêtée hier au moment où elle allait faire usage d'un revolver. Le commissaire de police du quartier l'a envoyée à l'infirmerie spéciale du dépôt. » Pourquoi a-t-on dit rue Saint-Martin, puisqu'il habite boulevard Sébastopol, et qu'elle a été à son usine, rue Saint-Denis. Les journalistes ne se trompent pas ainsi de rue. C'est M. J... qui a fait mettre cela dans les journaux, on reconnaît bien là ses mensonges !

A l'asile, au début, elle est tranquille Il ne s'est rien passé d'anormal à Sainte-Anne. Il ne se passe rien non plus à Maison-Blanche. « Il ne manquerait plus que cela alors : les médecins complices de M. J..., lui faisant absorber de la cantharide ! Cependant les forces ne reviennent pas vite. Quand la santé est perdue, c'est pour toujours ! Elle s'en ressentira toute sa vie. La mémoire est encore bien affaiblie Elle ne trouve pas naturel ses boutons d'acné. Quand elle veut soulever quelque chose, elle se sent moins forte. Elle n'est pas encore débarrassée du poison. L'intestin est encore irrité puisqu'elle est constipée ; cependant

le premier mois de son internement ses règles sont revenues! M. J... ne peut pas nier être l'auteur de son empoisonnement. Quand elle est tombée malade elle avait été plusieurs semaines sans sortir de son logement. Au commissariat elle l'a entendu dire : « Je lui ai fait prendre... » elle n'a pas saisi la fin de la phrase. Cet homme lui a tout perdu! Il est la cause de son malheur. Elle est à l'asile et on le soutient; sans cela elle ne serait pas là. Elle n'est qu'une bonne, alors ça n'a pas d'importance. On peut la traîner dans la boue; il a de l'argent, il peut faire ce qu'il veut, la briser, la déshonorer parce qu'elle a refusé de lui servir de putain. Le commissaire aurait dit : « Faut-il la garder un mois, deux mois? » M. J... est délégué cantonal, il est bien avec ces Messieurs! Elle est à l'asile pour toute sa vie. On est bien assez canaille pour cela dans le gouvernement! Il y a assez de putains sur le pavé de Paris; ce n'est pas la peine que l'on cherche à en faire d'autres. Faut-il que l'on soit malpropre pour soutenir un vieux salaud pareil.

Lorsqu'elle sortira, elle ira voir ses anciens patrons, et elle agira selon les conseils qu'ils lui donneront! ou plutôt non! elle traînera M. J... devant les tribunaux ; elle exigera des dommages et intérêts. On sent nettement à son attitude hostile et malgré les réticences de la malade qu'elle n'hésitera pas à aller plus loin. Elle ne veut pas rester à l'asile. A-t-elle commis un crime? Le port d'armes prohibé ne relève que de l'amende; si elle est plus coupable, qu'on la traîne en justice, qu'on l'envoie à Saint-Lazare. Elle veut comparaître devant les tribunaux et rendre compte de ses actes.

Anne M... s'est toujours montrée très réticente au sujet de ce qui se passait à Maison Blanche. Avec les malades elle ne faisait pas preuve de la même discrétion. Nous avons pu savoir ainsi qu'elle se croyait à Maison Blanche victime des mêmes persécutions qu'au dehors. Elle est persuadée qu'à l'asile tout le monde est à la solde de M. J... pour lui faire absorber de la cantharide. Quand elle prend de la drogue, ça lui fait des gonflements dans les nerfs et derrière la tête, dans les jambes et dans les bras. Il y a une somme donnée pour la faire mourir. Une bonne récompense est promise à celle qui lui fera absorber le plus de poison. On a dit d'une veilleuse devant elle : « Elle s'en fiche, pourvu qu'elle ait de l'argent, c'est tout ce qu'il lui faut! » Elle ne mange et ne boit que ce qui est commun à tout le monde : eau, tisane, etc. Elle n'absorbe pas ce qu'on lui donne en particulier. Elle a passé son pain à une de ses voisines. Cette dernière, paralytique géné-

rale, a eu précisément un ictus à ce moment. Anne M... en déduit que le pain était empoisonné. Le morceau de rôti qu'on lui donne est spécialement désigné pour elle. On le lui met de côté sans sauce. Quand elle vient au bureau du docteur, quelqu'un est caché dans une pièce à côté pour écouter ce qu'elle dit. Elle n'a qu'un désir, s'évader et aller demander 50.000 francs de dommages-intérêts à M. J... et lui loger une balle dans la peau s'il les lui refuse.

En mars 1913, Anne M... déclare que, internée depuis 9 mois, elle est très étonnée de ne pas être guérie. Elle croyait qu'au bout de trois mois le poison serait éliminé. Elle est gonflée comme au temps où elle prenait de la cantharide. Elle a les jambes enflées, les yeux et la figure congestionnés. Le Docteur ne s'abaisserait pas pourtant à lui donner de la cantharide. La sous-surveillante lui a donné deux pilules ; le lendemain elle n'a pas pu mettre son corset. Elle montre ses gencives pour nous faire voir à quel point elle est anémique. Elle se plaint de démangeaisons intolérables. Elle est très mal réglée. Elle est parfois deux mois sans voir ; d'autres fois elle est indisposée deux fois dans le même mois.

Le 7 avril la malade a été transférée en province après 9 mois d'internement. Au moment de son départ, elle a dit que tout le personnel était lâche, obéissait au médecin qui était payé par M. J... pour la tenir enfermée et lui faire prendre de la cantharide : « Si elle vient à sortir un jour elle achètera un rovolver pour tuer le docteur, n'importe où il se trouvera ». En se rendant à la gare elle est passée en voiture devant le domicile de M. J... Elle s'est mise à crier qu'elle saurait le retrouver un jour. Elle veut gagner, dit-elle, la confiance des sœurs pour obtenir sa sortie, afin de mieux pouvoir se venger.

En résumé, il s'agit d'une malade de 41 ans, fille d'alcoolique, bonne à tout faire, qui entre en place, en 1908, chez un patron où elle se surmène. Elle se plaint des moqueries des autres domestiques, des fournisseurs, des employés, du voisinage. Elle importune son patron de lettres, de récriminations quotidiennes.

Internée une première fois, en 1910, à la Salpêtrière, elle en sort au bout de trois mois, nourrissant contre son maître une haine violente. Elle déclare en janvier 1912 qu'elle le tuera et elle est arrêtée au mois de juillet suivant, à la suite d'un attentat avorté. Elle déclare que pour faire d'elle sa maîtresse, son

patron lui a fait absorber de la cantharide ; elle voit la preuve de cet empoisonnement dans de nombreux malaises qu'elle éprouve. Son maître veut la pousser à la prostitution; il soudoit la famille de la malade qui lui fait prendre de la cantharide pendant un séjour en Bretagne ; des amis dévoués lui en font absorber dans les hôtels où elle séjourne à son retour à Paris.

A l'asile elle se plaint de ne pas se remettre plus vite, d'éprouver les mêmes troubles qu'au dehors. Son maître doit à des protections politiques de la faire rester aussi longtemps à l'asile. Quand elle sortira, elle exigera de lui des dommages-intérêts ou lui logera une balle dans la peau, si les juges ne font pas droit à sa demande. Enfin elle est bientôt persuadée que le médecin est complice de son persécuteur, et qu'avec le concours des infirmières il lui fait prendre de la cantharide. Une prime est promise à celle qui lui en fera absorber la dose mortelle. Elle est transférée en province : son état mental ne s'est pas modifié ; elle profère des menaces de mort contre le médecin.

Anne M... présente les symptômes positifs et les symptômes négatifs du délire d'interprétation.

Les symptômes positifs sont fournis par les conceptions et les interprétations délirantes. La malade présente surtout des interprétations de sensations organiques réelles. La fatigue, les malaises, les douleurs de reins, l'entéralgie, l'œdème des jambes, les varices sont des troubles provoqués par l'ingestion de cantharide que son patron lui fait absorber pour la rendre amoureuse de lui. On lui met du toxique dans son eau, ses ongles deviennent cassants, lorsqu'elle a pris un bain de pieds. Elle sent certaines douleurs, au niveau de l'estomac, lorsqu'on est parvenu à lui faire absorber de la drogue. A l'asile,certains boutons d'acné sont la preuve qu'elle élimine le poison.

Mme M... a également d'autres *interprétations*. Elle fait attention aux moindres faits, gestes et paroles et elle leur attribue une signification particulière. Une chatte qui a bu de l'eau dans sa chambre d'hôtel est entrée immédiatement en chasse ; les employés d'une pâtisserie voisine la narguent, lui font des grimaces; chez un épicier on la singe ; une coutu-

rière employée par son patron la dessert auprès de ce dernier. Des espions sont chargés de voler ses lettres à la poste. Elle ne peut arriver à se placer par la faute de son patron.

Mme M..., présente en outre les symptômes négatifs du délire d'interprétation : l'intégrité des facultés intellectuelles et l'absence des hallucinations. Nous avons recherché d'une façon toute particulière les troubles sensoriels. Il n'existe pas chez elle d'hallucinations auditives. On pourrait se demander, si elle ne présente pas d'hallucinations visuelles. La malade raconte qu'un homme lui a fait voir dans l'escalier d'un hôtel ses parties génitales. Il paraît vraisemblable qu'elle s'est réellement trouvée en présence d'un exhibitionniste. Il n'existe pas chez elle de troubles de la sensibilité générale, ni d'hallucinations génitales. « Comme elle n'a pas, dit-elle, l'esprit tourné vers les choses de l'amour, l'effet du poison se porte ailleurs ». Quant aux hallucinations gustatives, elles n'existent pas non plus chez Anne M... Les idées d'empoisonnement sont uniquement basées sur des interprétations exogènes et endogènes.

Il ressort avec évidence de cette observation que souvent l'idée d'empoisonnement n'est pas en rapport avec des hallucinations gustatives, mais qu'elle repose sur l'interprétation fausse de troubles organiques réellement ressentis. Chez cette interprétatrice on peut noter la persistance de la lucidité et de l'activité psychique. « Son état mental, abstraction faite de son délire, ne présente aucun trouble morbide apparent. Son attention, sa mémoire, ses associations d'idées, sa volonté, son humeur ne révèlent pas d'anomalie appréciable. On n'entrevoit ni hallucinations, ni dépression, ni confusion, ni impulsions, ni perte des sentiments éthiques et affectifs..... ».

A l'asile Mme M... ne cesse de réclamer sa sortie avec insistance. A maintes reprises elle nous remet une lettre ainsi libellée : « Je viens vous demander de bien vouloir m'accorder une entrevue au sujet de ma sortie. » Lui demande-t-on quelque délai avant de lui répondre, elle revient bientôt à la charge : « Je trouve que votre réponse est bien longue à venir. Il y a longtemps que les trois semaines sont passées. »

Elle est, nous l'avons vu, toute prête à se faire justice. C'est une persécutrice des plus dangereuses qui n'hésiterait

pas, en cas d'évasion, à faire feu sur son ancien patron et sur les médecins qui la retiennent à l'asile.

Le délire d'interprétation de Mme M... présente l'évolution ordinaire de cette psychose. Il y a tout d'abord une période d'incubation insidieuse. On note chez Mme M... de la méfiance, des troubles physiques vagues, des idées de préjudice. Elle pense que les fournisseurs lui en veulent, se moquent d'elle. On ne l'accueille plus d'une façon aussi courtoise qu'autrefois. Sa méfiance et sa susceptibilité s'exagèrent. En outre Mme M. commence à se préoccuper de sa santé, à se sentir des lourdeurs dans la tête et dans les jambes, à trouver que ses règles sont bien irrégulières et que ses varices se sont bien exagérées. Bientôt les interprétations délirantes se succèdent en foule, et un jour Mme M... trouve la solution du problème qui la préoccupe. Tous ces malaises ont une origine évidente. Pour arriver à abuser d'elle, pour faire d'elle sa maîtresse, son patron cherche à développer chez elle une « folie amoureuse ». Il lui fait absorber de la cantharide. Elle en trouve la preuve dans de nombreux faits qu'elle observe autour d'elle et dans d'autres, non moins nombreux, qu'elle tire de son introspection somatique. Le travail de systématisation s'opère par cristallisation d'interprétations successives autour de cette idée que M. J... lui fait absorber de la cantharide. Puis le délire progresse par accumulation, par rayonnement, par extension « le plan de l'édifice ne change pas, mais ses proportions augmentent ». M. J... s'est adjoint des complices, il en a trouvé d'abord dans son entourage immédiat, dans ses amis, dans ses employés ; il prend pour complices de ses manœuvres le commissaire de police, le préfet, les médecins. Les infirmières à l'asile se chargent d'exécuter ses ordres. Le monde entier bientôt sera au service de M. J... pour donner de la cantharide à Anne M...

Si nous envisageons la nature des idées délirantes, nous voyons qu'il existe au premier plan chez notre malade des préoccupations hypocondriaques, ayant elles-mêmes entraîné comme explication des idées de persécution. Depuis la mort de sa maîtresse Anne M... est préoccupée continuellement par sa santé. En réalité elle souffre de troubles qui relèvent les uns du surmenage et les autres de la ménopause. Elle se sent

fatiguée, elle est faible. Un jour en remontant de la cave, elle s'est aperçue que ses jambes ne pouvaient plus la porter. C'est alors seulement que ses soupçons se sont éveillés, qu'à la méfiance a succédé l'idée délirante. Pesanteur de tête, douleur de reins, entéralgie, œdème des jambes ont une origine toxique. Dès qu'elle mange, elle éprouve de violentes douleurs dans l'estomac, elle endure un véritable martyre physique. Il lui faut mille soins et mille précautions pour arriver à rétablir sa santé compromise. Elle a mal partout, elle est plusieurs mois sans avoir ses règles, et, avant qu'elles n'apparaissent, elle perd de l'eau pendant plusieurs jours. Elle a le sang engourdi, ses cheveux ont blanchi dans l'espace d'une nuit. Elle a les bras et les jambes serrés comme dans un étau. Elle a la cuisse noire à force de prendre du poison. Elle a des démangeaisons. Son ventre est gonflé au point qu'elle ne peut plus supporter son corset, ses varices se sont développées jusqu'au bout du pied.

A l'asile également elle est préoccupée avant tout par sa santé. Son internement ne serait qu'un demi-malheur, si au moins il devait lui permettre de rétablir sa santé. Qu'elle retire au moins ce bénéfice des jours passés à l'asile. Mais comme les forces reviennent lentement, quand la santé est perdue c'est pour toujours. Toute sa vie elle se ressentira de cet empoisonnement. La mémoire ne revient pas. Les boutons d'acné ont une origine suspecte. Elle se sent faible encore quand elle essaie de soulever un poids. L'intestin est encore irrité, car elle est très constipée. Elle a des gonflements dans les nerfs et derrière la tête, dans les jambes et dans les bras. Neuf mois après son internement, elle se plaint de ne pas avoir encore éliminé tout le poison. Elle croyait qu'au bout de trois mois ce serait fini; mais non, elle est gonflée comme au temps où elle prenait de la cantharide. Elle a les jambes enflées, les yeux et la figure congestionnés, après l'absorption de deux pilules de podophyle elle n'a pas pu mettre son corset. Et comme ses gencives sont blanches, elle n'a plus de sang. Ses démangeaisons sont intolérables, elle est mal réglée.

Quand elle parle de M. J..., c'est uniquement pour le rendre responsable de sa santé détruite; quand elle nous écrit, c'est toujours pour se plaindre des innombrables malaises qu'elle éprouve et qui ne cèdent à aucune thérapeutique.

Il existe, on le voit, chez Anne M... des préoccupations hypocondriaques qui tiennent à des interprétations fausses de troubles morbides variés. Ces troubles morbides sont en rapport d'une façon manifeste avec un état d'épuisement nerveux et avec la menopause.

On sait que la « ménopause est une cause occasionnelle, incontestable et incontestée, de perturbations psychiques allant jusqu'aux psychoses les plus nombreuses et les plus diverses » (Laignel-Lavastine). Jayle range sous cinq chefs les troubles de l'insuffisance ovarienne, qu'ils soient légers, passagers et fugaces ou au contraire plus graves et persistants :

1° *Bouffées de chaleur* avec rougeur du visage et sueurs ; — 2° *Phénomènes congestifs et hémorragiques* pouvant porter sur tous les organes, mais surtout le poumon ; — 3° *Troubles de la nutrition* allant de l'embonpoint léger à l'obésité ; — 4° *Modifications du sens génital* ; — 5° Et surtout *état neurasthénique* avec céphalée peu violente, mais continuelle, plutôt simple lourdeur de tête, bourdonnements d'oreille, vertige, insomnie fréquente, sommeil troublé par des cauchemars, névralgies faciales, crise de strangulation spasmodique, palpitations, troubles dyspeptiques, accès d'oppression et modifications de l'état mental ».

M. Laignel (1). L'affaiblissement de la mémoire, des modifications de caractère, l'irritabilité, la tendance à l'hypocondrie, la tristesse, les idées de suicide, la diminution générale de l'énergie avec l'abattement physique, le nervosisme, les crises de nerf sont pour Laignel-Lavastine les troubles psychiques principaux de l'insuffisance ovarienne. M. Dalché, sous le nom de dystrophie ovarienne ou dysovarie, a bien mis en lumière l'importance de certains syndromes relevant de l'insuffisance des glandes génitales chez la femme. La céphalée est le plus fréquent de ces accidents ; on la trouve associée aux bouffées de chaleur, à l'insomnie ou à la narcolepsie, ou à la constipation, aux troubles de la circulation périphé-

(1) Laignel-Lavastine, *Des troubles psychiques par perturbation des glandes à sécrétion interne*. Rapport présenté au 18e Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France. Dijon, 1908, p. 89.

rique, aux douleurs vagues dans les lombes, aux engourdissements, à l'obésité (1).

Anne M.... a présenté la plupart de ces symptômes ainsi qu'on a pu le voir dans l'exposé de l'observation : céphalée, insomnie et narcolepsie; cauchemars, crises de strangulation spasmodique, bouffées de chaleur, etc... rien n'y manque.

On sait que les auteurs admettent pour la plupart que la ménopause n'agit pas toujours par le seul mécanisme de l'insuffisance ovarienne, mais par l'intermédiaire d'autres organes, notamment le corps thyroïde. Nous n'avons trouvé chez Anne M... en dehors des bouffées de chaleur et de la tendance à la vaso-dilatation périphérique aucun signe d'hyperthyroidie. Par contre, les traits tirés de la malade, ses yeux cerclés de bistre, son asthénie donnent à penser qu'il existait chez elle, associée à la dysovarie, un certain degré d'insuffisance surrénale.

Il s'agit donc bien, croyons-nous, d'un délire d'interprétation de forme hypocondriaque, éclos à l'occasion de la ménopause. Anne M... qui jusqu'au moment de son retour d'âge a eu une existence régulière se met à ce moment à interpréter. Plutôt que d'attribuer à la ménopause les troubles qu'elle présente, Anne M... croit que son patron lui a fait absorber de la cantharide ; elle voit dans tous ses malaises la preuve de cet empoisonnement. Mais, à notre avis, ces troubles hypoovariens, donnent au délire sa teinte, guident sa systématisation, ils ne l'engendrent pas.

Bleuler, on le sait, n'est pas loin d'admettre la nécessité d'une cause inconnue, peut-être chimique, pour l'éclosion du délire d'interprétation.

Tel n'est pas notre avis. Pour nous il existait au préalable chez Anne M... une constitution paranoïaque, ce « fond maladif de la sensibilité et de l'intelligence qui préexiste aux conceptions délirantes et leur donne naissance » (J.-P. Falret). Avant l'apparition des troubles de la ménopause, on note en effet chez la malade des idées de persécution très nettes ; elle se croit en butte à la malveillance des fournisseurs et des autres

1) Dalché, *Quelques accidents généraux de la vie génitale de la femme*. Gaz. d. hôpit., avril, 1912.

domestiques, elle se protège contre leurs moqueries en travaillant la fenêtre close. Les troubles de la ménopause survenant ont donné une activité nouvelle à ses tendances maladives. Ils ont de plus fourni au délire sa teinte hypocondriaque.

L'erreur aujourd'hui est inébranlable, car elle enfonce ses racines dans les profondeurs du moi et fait partie intégrante de la personnalité. Elle est entretenue, d'ailleurs, par la permanence des troubles éprouvés. Lorsque la malade a été transférée, nous nous proposions d'essayer sur elle l'opothérapie ovarienne. Il eût été intéressant de voir l'influence qu'aurait eu sur le délire la rétrocession des phénomènes d'hypoovarie.

L'un de nous a publié (1) une observation qui se rapproche par maints côtés de la précédente. Il s'agit d'une malade de 60 ans qui, au moment de la ménopause, s'étonna de ne plus avoir ses règles. C'est, croit-elle, l'effet d'un poison.

Plus tard, ses interprétations fausses eurent pour base des troubles de la sensiblité.

Elle accuse ses voisins de faire naitre des rides sur sa figure, de lui lancer un fluide tantôt chaud, tantôt froid, surtout après les repas. Elle sent comme trois petits pois sous la peau (localisés au point d'élection de la névralgie du trijumeau). Toutes sortes de petites bêtes pénètrent dans sa peau et l'excorient. A certains moments on dirait que des marionnettes jouent sur sa figure. Il se produit des sortes de petites poches sous ses paupières. On la rend tantôt jaune, tantôt rouge. On lui pique les yeux, on la fait pleurer, on lui ride le front, on enfonce sa joue sous ses dents ; sa bouche devient irrégulière et grimaçante, on lui cause des démangeaisons sous le menton, on met des « cassures à ses petites veines (couperose), des marbrures à ses cuisses. » Il est aisé de reconnaître dans ces plaintes l'interprétation des symptômes soit de sa sénilité commençante, soit de sa névralgie faciale.

Chez notre malade, en dehors des préoccupations hypocondriaques, il existe des préoccupations érotiques. Bien qu'elle s'en défende, il n'est pas douteux qu'en se déclarant empoisonnée par la cantharide elle ait décelé la nature de ses

(1) Sérieux et Capgras, *Le délire d'interprétation*, p. 39.

préoccupations. Elle eût pu choisir dans l'arsenal des poisons toute autre substance toxique. Son érotisme a guidé son choix. De plus les sensations anormales qu'éprouve Anne M... donnent lieu secondairement à un délire de persécution très actif. Croyant à la réalité d'un empoisonnement par la cantharide, elle n'a pas tardé à trouver la main qui a versé le poison. Elle se croit victime de son patron qui veut abuser d'elle et la livrer à la prostitution. Sur son refus, on se débarrasse d'elle, on la jette dans un asile pour toute sa vie.

On lui vole ses lettres, on l'empêche de se placer; et Mme M. réagit comme une persécutée. Elle réagit des trois manières envisagées par Magnan et qui, chez elle, se succèdent.

Elle fuit tout d'abord, elle s'en va dans son pays pour essayer de se remettre loin de celui qui l'empoisonne; mais bientôt sa belle-sœur est complice de M. J... ; elle la fuit et revient à Paris, et là elle organise sa défense : elle change fréquemment d'hôtel; se fait adresser ses lettres à des bureaux de poste, différents selon les semaines ; comme elle craint que son patron ne la fasse suivre dans les bureaux de placement où elle se rend, elle met des annonces dans des journaux pour demander du travail.

Pour ne pas absorber de cantharide, elle va chercher elle-même son eau de très bonne heure à la fontaine ; chez le boucher, elle se fait couper de la viande au milieu d'un morceau. Mais devant l'inutilité de ses mesures, elle attaque son persécuteur, elle le somme de renoncer à ses manœuvres et elle se rend enfin chez lui avec l'intention bien arrêtée de faire finir son calvaire par la mort de M. J...

De persécutée, la malade est devenue persécutrice. Ainsi apparaît nettement le caractère dangereux de ces interprétatrices. La mort de leur persécuteur supposé n'est pour elles que la juste rançon des souffrances endurées.

L'internement ne donne aucun résultat thérapeutique, car la persistance des troubles organiques accusés par le malade fournit à son délire un aliment sans cesse renouvelé.

Dans le cas que nous venons d'étudier les préoccupations hypocondriaques ont pour origine les troubles de la ménopause. Mais les troubles ovariens ne sont pas seuls à déterminer des interprétations délirantes.

L'un de nous a montré que certains malades attribuent à un empoisonnement des troubles provoqués par la neurasthénie, la tuberculose, la dyspepsie, l'entéro-colite, secousses musculaires, frissons, crampes sont mis sur le compte de courants électriques. L'insomnie ou un sommeil profond, la somnolence après les repas sont causés par des drogues.

De tels faits avaient d'ailleurs attiré l'attention des anciens auteurs et l'on pourrait retrouver dans le tableau qu'ils ont tracé des *Persécutés*, *Persécuteurs hypocondriaques des Persécuteurs de médecins* maints traits des interprétateurs qui nous occupent aujourd'hui. Si certains relèvent du délire d'interprétation, d'autres appartiennent manifestement aux délires hallucinatoires systématisés, d'autres au délire de revendication. C'est là une étiquette purement symptomatique, non un type chimique véritable. On y a englobé des faits disparates. Rappelons les travaux de Marc. On connaît son observation du cocher A. Bourgeois qui, en 1839, tira deux coups de pistolet sur le docteur Bleynie. Il le poursuivait depuis douze ans, lui reprochant d'avoir aggravé au lieu de la guérir « une fraîcheur dans les intestins », Magnan, Journiac, Leroy citent des faits analogues. Gilbert Ballet a bien attiré également l'attention sur ces malades, auxquels Roy et Juquelier ont consacré un chapitre dans leur rapport au congrès de Rennes. Au cours de la discussion qui s'est élevée en 1909 à la Société médico-psychologique sur l'origine des délires, Vigouroux et Sollier ont reconnu qu'à côté de l'hypocondrie congénitale ou constitutionnelle, il convenait d'envisager une classe de malades qui ne sont que des interprétateurs hypocondriaques de troubles organiques. Lagriffe a publié également un cas d'interprétateur hypocondriaque.

Bonhomme a présenté à la Société clinique de médecine mentale deux malades, atteints de délire d'interprétation à forme hypocondriaque (1). L'un importune les médecins de Saint-Louis, au sujet d'une gale imaginaire remontant à 17 ans auparavant, l'autre attribue à des tentatives d'empoisonnement du personnel hospitalier les quintes de toux qu'il présente.

(1) Bonhomme, deux cas de délire d'interprétation à forme hypocondriaque *Soc. clin. de Médecine Mentale.* Séance du 19 décembre 1910.

Tissot a consacré la même année (1910), une thèse des plus intéressantes aux délires d'interprétation à base cénestopathique, travail inspiré par les travaux de M. Dupré sur les cénestopathies (1907-1913). M. Leroy (1) a publié l'histoire d'une malade de 33 ans qui se croit atteinte de tuberculose comme le fut une de ses sœurs morte à Brevannes. Tous les phénomènes physiques qu'elle ressent sont interprétés dans le sens de l'idée délirante. Elle rencontre dans une salle de consultation une femme à laquelle elle raconte tous ses maux. Celle-ci lui dit : « Quand on a toujours mal à la gorge, comme vous, on a la syphilis. » La malade se croit aussitôt atteinte de cette affection. Elle s'analyse avec plus de soins, s'imagine avoir contaminé son mari et avoir donné le jour à des enfants qui traîneront une existence lamentable. La lecture des journaux, des affiches, lui montre toute l'étendue du mal. Elle essaie de s'asphyxier avec ses deux enfants dont la plus jeune succombe. Elle est arrivée à la conviction pathologique qu'elle était atteinte de la tuberculose et de la syphilis, tant par des interprétations fausses, des sensations réelles que par des interprétations extrinsèques. Elle fouille également dans sa mémoire et la reviviscence des souvenirs anciens fournit ample matière à des erreurs de jugement. Elle se rend compte qu'elle était malade, tuberculeuse et syphilitique, avant son mariage. Lorsque son premier né est venu au monde mort, les médecins auraient pu le sauver en appliquant le forceps, mais ils n'ont pas voulu faire vivre un malheureux. L'infirmière qui la soignait lui a dit : « Il vaut mieux que votre enfant n'ait pas vécu. » Une foule de petits faits dont elle se souvient seulement maintenant, lui prouvent qu'elle n'était pas mariable.

Parmi les différentes formes nosographiques qui se sont partagé l'ancienne hypocondrie, aujourd'hui démembrée, doit prendre rang le délire d'interprétation. On tend d'ailleurs de plus en plus à admettre que l'idée hypocondriaque est l'interprétation fausse des sensations réelles. Les plaintes exagé-

(1) Leroy, délire hypocondriaque par interprétations avec réaction, suicide et homicide familial. *Bulletin de la Soc. Clin. de Méd. Mentale*, 1912, p. 345.

rées des malades, leurs divagations fantaisistes, tenues pour des hallucinations cénesthésiques ont en réalité pour origine les douleurs ou les paresthésies provoquées par des troubles viscéraux.

Chez notre malade, ce sont les troubles de la ménopause qui ont donné au délire sa couleur caractéristique; ils ont provoqué des préoccupations hypocondriaques et des tendances érotiques sous l'influence desquelles un délire de persécution très actif s'est systématisé, donnant lieu à des réactions persécutrices.

Note sur l'emploi d'un vomitif dans la prophylaxie et le traitement des accès périodiques. par les Docteurs T. BONHOMME (du Puy) et J. BONHOMME (de Marsens).

La méthode thérapeutique que nous proposons n'est pas absolument nouvelle, car depuis longtemps déjà, devant l'inefficacité ou les dangers des hypnotiques, les psychiatres ont eu recours à d'autres moyens pour calmer l'agitation. Mais jusqu'à présent c'était à la purgation administrée soit au début d'une crise maniaque, soit plusieurs jours de suite, qu'on avait demandé le calme bienfaisant. Cette question a été étudiée dans son ensemble dans le rapport de M. Trénel (1) avec une ampleur qui nous évitera d'y revenir; nous regretterons toutefois qu'il ait si peu parlé des moyens diététiques. Hamel (2), dans sa thèse, ne parle que du purgatif, non du vomitif.

C'est l'empirisme qui, il y a plus de 18 ans, a amené l'un de nous à user de l'émétique; nous l'avons, depuis, employé très souvent; c'est ce qui nous autorise à publier ici, avec le mode d'emploi, les résultats de cette thérapeutique.

Comme pour la paralysie générale, l'inefficacité quasi absolue des agents thérapeutiques usuels nous autorisait à essayer toute médication inoffensive. Nous employons donc l'émé-

(1) Trénel, Congrès de Bruxelles, 1903.

(2) Hamel, *Essai critique d'une thérapeutique de l'agitation et de l'insomnie.* Thèse, Nancy, 1909.

tique seul, à la dose de 5 à 8 centigrammes ou un vomitif à formule suivante, l'ancien éméto-cathatique :

Tartre stibié	0,05 cg.
Ipéca pulv.	1 gr.
Eau q s. p.	45 gr.

qu'on peut édulcorer par un sirop. A prendre en 3 cuillerées à soupe à 10 minutes d'intervalle.

Les conditions les meilleures, presque idéales, de l'emploi de cette méthode sont, lorsqu'on connaît le malade, l'apparition des premiers signes, des prodromes d'agitation : malaises, céphalées, surtout du signal-symptôme variable suivant les malades, nous en avons eu plusieurs chez qui la demande de sortir annonçait la crise. Les infirmières et infirmiers, par leurs observations précises et répétées, sont, à ce point de vue, des auxiliaires précieux ; car l'agitation ne débute jamais brusquement, comme le disent les familles des malades ; il suffit d'être averti pour apercevoir ces modifications du caractère, de l'activité, de l'habitus extérieur, signes avant-coureurs de l'orage.

Les effets ne se font naturellement pas attendre : des vomissements énergiques, suivis ou non d'évacuations intestinales, prouvent l'ébranlement du tube digestif. De l'importance même de ces effets, on peut tirer quelques indications pronostiques : plus l'effet aura été complet, plus sera durable l'accalmie ; le vomissement semble indispensable, souvent il n'y a pas d'action sédative, quand il manque. Si le vomitif a été administré trop tard, la crise étant déjà commencée, les effets seront atténués, mais les résultats aussi. Nous n'avons jamais observé de suites fâcheuses ; la fatigue résultant de ces évacuations est peu considérable, les malades la supportent bien et l'état général, dans les jours qui suivent, est toujours excellent, cela est si vrai que des malades, demandent le vomitif, quand ils sentent les approches de la crise.

Dans les cas heureux, nous avons eu des résultats très encourageants. La crise peut avorter complètement. Depuis 4 mois l'un de nous maintient un malade en excellent état malgré que, deux fois, le signal-symptôme ait apparu de façon très nette : l'émétique, à chaque fois, désorganise la crise.

Quelquefois, l'accès peut être retardé de plusieurs semaines. Dans les cas de psychoses périodiques à périodes rares, nous avons obtenu la disparition complète d'un accès, rendant ainsi la période calme longue (5 mois).

L'indication primordiale de cette thérapeutique est la crise maniaque franche ; c'est dans ce cas qu'elle donne les meilleurs résultats et que, à notre avis, on devrait toujours l'employer. La stupeur maniaque bénéficie aussi, mais dans une mesure bien moindre, du vomitif. Dans les cas de mélancolie anxieuse, l'inefficacité nous a paru complète ainsi que dans les cas de manie symptomatique (paralysie générale, épilepsie).

Il est cependant un autre cas auquel nous avons appliqué notre méthode : c'est la confusion mentale primitive. Malheureusement notre expérience est trop récente pour que nous puissions en tirer des conclusions légitimes ; mais, dans deux cas, nous avons obtenu une très réelle amélioration ; le retour à la conscience nous a paru beaucoup aidé par le vomitif.

Pouvons nous hasarder une explication pathogénique ? Nous ne le ferons que timidement, car, dans l'ignorance totale où nous sommes de l'origine de la crise maniaque, toute hypothèse est sujette à caution. Cependant on ne peut nier la désintoxication produite par le vomitif et l'excitation de toutes les réactions de défense, antixéniques comme dit le professeur Grasset, de l'organisme. C'est ce qui nous a amené à appliquer cette thérapeutique à la confusion mentale, dans laquelle les signes d'intoxication sont si nets, comme l'ont démontré de nombreux auteurs. Nous croyons cependant qu'il y a autre chose dans le complexus qui déchaîne la crise et, malgré l'accusation d'animisme à laquelle nous nous exposons, nous avons l'impression d'une désorganisation, d'une détente nerveuse qui évite l'accès.

Mais les hypothèses importent peu ; comme médecins, nous nous sommes souvent réjouis d'avoir ou évité, ou retardé un phénomène si pénible pour tous : malade, entourage, aliéniste.

La Paranoïa d'involution, par MM. P. PUILLET et L. MOREL.

Parmi les délires qui surviennent à l'époque de la ménopause, il faut distinguer les formes tardives de la démence paranoïde et la paranoïa.

Les premières sont caractérisées surtout par des idées de persécution et de grandeur, souvent contradictoires, baroques, non systématisées; la maladie se termine par la démence. Nous ne les étudierons pas ici.

Quant à la paranoïa, elle survient entre 40 et 50 ans, chez les sujets présentant la constitution paranoïque. Elle se manifeste par un ensemble d'idées de préjudice et de grandeur; elle demeure stationnaire et n'aboutit jamais à la démence ou à la destruction de la personnalité. Elle se rapproche par l'état de méfiance des malades et par son évolution, du délire de préjudice présénile de Kræpelin, mais elle doit en être séparée.

Nous étudierons la paranoïa d'involution d'après le rapport de Kleist au Congrès allemand de Psychiatrie (30 mai 1912) et nous verrons ce qu'il faut en penser d'après les théories françaises. Voici brièvement résumées les observations du rapport :

Observation I. — Vollnhals, née en 1848. Père alcoolique, mort d'apoplexie. Elle était intelligente, active, instruite, économe, bigote, méfiante, susceptible, quinteuse, jalouse, portée à ergoter. Premier mariage à 20 ans ; un fils qui a une hémiplégie à 43 ans; un autre mort à 1 an. Deuxième mariage à 51 ans, 3 ans avant la ménopause. Début de la maladie immédiatement après son second mariage; son mari l'abandonne et divorce. A 59 ans elle entre à l'asile ; à 63 ans hémiplégie gauche sans influence sur la psychose.

Symptômes : méfiance, jalousie, interprétations délirantes, fausses réminiscences. Elle accuse presque toutes les femmes de son entourage d'avoir des relations avec son mari ; elle se croit méprisée, insultée, volée, trompée, renvoyée de ses places grâce aux machinations de son mari. Elle est orgueilleuse, vaniteuse, érotique, pleine d'estime pour elle-même. Elle croit que son mari veut son bonheur et redemande à vivre avec elle, ce qui est en contradiction avec ses idées de jalousie. Pas d'hallucinations véritables, mais des illusions et des interprétations. Intelligence dominée par les complexus délirants; tendances à la persévération; raisonnements embrouillés, diffus, rappelant la fuite d'idées. Légers troubles de l'attention et de la mémoire depuis son attaque. Pas de démence bien que la maladie dure depuis 13 ans.

Observation II. — Brandmaier, né en 1835. Même caractère

que la précédente. Début de la paranoïa d'involution à 54 ans environ par de l'excitation, des idées de jalousie : il accusait sa femme et son fils de rapports anormaux. A 62 ans apoplexie bulbaire : sourdité et paralysie faciale droite. Interprétations de ses troubles organiques; idées de persécution (on l'electrise, etc.); accès de colère tous les mois. Tentative de suicide à 77 ans. Affaiblissement artériosclérotique (sénile ?).

Observation III. — Jourdan, née en 1862. Un frère buveur et débile. Elle était craintive, timide, méfiante, très susceptible et n'avait aucun goût pour le mariage. Début de la maladie à 47 ans; méfiance, déménagements fréquents. A 48 ans, accès aigu : on la menace (« elle doit être kaput »), on lui adresse des injures de contenu surtout sexuel, on lui envoie dans sa chambre des « lueurs » qui lui brûlent les yeux (elle a une conjonctivité chronique). Plaintes aux autorités. Entrée à la clinique en 1910. Tendance à la persévération, légère fuite d'idées, pas de démence. Est encore réglée en 1912.

Observation IV. — Schwarz, née en 1849. Rachitique et débile. Intelligente, aimant à commander, méfiante, susceptible, haineuse, bigote et superstitieuse, pas de désirs sexuels.

Début à 47-50 ans, par des malaises, de la méfiance. A 47 ans (au moment de ses règles) et à 48 ans, état anxieux avec interprétations délirantes et idées de préjudice. Troubles sensoriels : on la menace de mort (« shieszdrohung »), injures, visions surtout sexuelles (elle voit des hommes nus), etc. Durée de cette phase aiguë, trois mois environ; depuis état stationnaire : les troubles des perceptions — presque exclusivement sous forme d'écho de la pensée — diminueut de fréquence et d'intensité. Elle se croit poursuivie par « une bande de sorcières »; on la vole, on met des lits et des bouteilles dans sa chambre, on l'électrise, on lui téléphone. Déménagements fréquents. Fuite d'idées, tendance à la persévération, pas de démence au bout de 16 ans de maladie. Les règles ont été irrégulières de 47 à 50 ans; ménopause à 50 ans.

Observation V. — Gnad, née en 1844. Intelligente et religieuse. Mariage à 25 ans, 11 enfants dont 8 morts. A eu beaucoup de soucis causés par l'alcoolisme de son mari. Ménopause à 52 ans. Début de la maladie à 50 ans, par de l'excitation, de la méfiance, de la colère, de l'emportement, des idées de jalousie et de préjudice, des discussions avec les voisins, de fréquents déménagements.

Internement d'office en 1905. Son mari a des rapports avec les

voisines, les domestiques et toutes les infirmières de la clinique. Elle a des hallucinations : elle entend la voix de son mari, celle des voisins, etc. Souvent il s'agit d'illusions ou d'interprétations de paroles réelles. Elle présente des hallucinations de la sensibilité générale, du goût et de l'odorat : on l'empoisonne ; on la brûle ; des araignées, des cafards lui tombent sur la tête qu'elle se protège avec un drap ; elle se croit atteinte de phtisie du bulbe. Elle a présenté de fausses reconnaissances passagères. Son délire est uniforme. Pas de délire après 18 ans de maladie.

Observation VI. — Bautner, née en 1851. Son père était un processif et a fait des tentatives de suicide. Une sœur de la malade a présenté la même psychose qu'elle à 44 ans et est morte à 51 ans d'artériosclérose cérébrale. La malade a mené une vie très retirée. Elle avait des céphalées et des troubles gastriques nerveux à l'époque de ses règles. A 52 ans, un an avant la ménopause, début des troubles mentaux par un accès d'excitation qui dure 14 jours, de 53 à 58 ans aggravation progressive de son état.

A la mort de sa sœur, elle se croit volée, renvoyée de sa place, empoisonnée ; elle se remémore les procès de son père au sujet de l'héritage du maréchal Randon ; elle se croit demandée en mariage par un officier. Elle présente des interprétations, de fausses réminiscences, du délire de rêve; il n'y a pas d'hallucinations certaines. Depuis l'âge de 58 ans, état stationnaire ; délire stable dans les grandes lignes, très mobile pour les détails. Tendance à la persévération. Pas de démence.

Observation VII. — Mayer, née en 1855. Père suicidé. Même caractère que les précédentes. Ménopause à 39 ans. Son mari s'était suicidé un an auparavant. Débuts de la maladie imprécis.

Mayer se croit volée ; elle déménage souvent ; elle a des soucis d'argent (perte de 26,000 marks dans la faillite d'une banque, etc.). A 45 ans, elle reçoit la visite d'un missionnaire, du nom de Hüffner, qui se présente comme un parent éloigné et qui s'occupait de recherches généalogiques pour des successions. Il n'en faut pas davantage pour qu'elle croit devoir hériter d'une foule de familles. Elle entreprend de multiples voyages et écrit de tous côtés.

Elle se croit empoisonnée par du chloroforme, de l'opium ; elle a des illusions de la vue et de l'ouïe (on lui tire un coup de pistolet avec de la poudre sans fumée). Elle construit d'innombrables combinaisons sur son délire; elle a de fausses réminiscences; elle présente de l'inattention pour tout ce qui ne touche pas son délire. Pas de démence.

Observation VIII. — Hörmann, née en 1861. Une sœur, atteinte à deux reprises de dépression hypocondriaque, s'est suicidée. Une autre présente une constitution hypomaniaque. Personnellement, enfance maladive. Abandonnée par son mari après six mois de mariage.

Début de la maladie à 45 ans par une exagération de son caractère. On la regarde en la dévisageant, on l'épie, etc. A 49 ans, un an avant la ménopause, accès aigu (on l'insulte, on l'appelle prostituée, etc.). Elle a des idées de grandeur ; elle est la meilleure, la plus active, elle est une « Schaufrau ». Pas d'hallucinations certaines. Erotisme léger, tendance à la persévération. Pas de démence.

Observation IX. — Bogner, née en 1851. Vue faible. Elle aime la musique et la poésie, zoophilie. Un enfant mort à 6 ans. Castration opératoire à 49 ans.

Début de la psychose à 50 ans par de l'excitation et de la méfiance, des interprétations délirantes et hypocondriaques, de la jalousie. Elle a des illusions, on l'entend causer et on connait sa pensée. Elle a une haute estime d'elle-même : elle exerce un pouvoir magnétique sur les animaux, elle peut guérir toutes les maladies. Elle présente un mélange d'idées de préjudice, de grandeur et d'érotisme. Cristallisation du délire. Pas de démence.

Observation X. — Müller, née en 1835. Deux oncles et son père suicidés, deux frères aliénés.

Début à 40 ans par de l'anxiété et des tentatives de suicide pour lesquelles elle ne fut pas internée.

1er internement en 1883, 2e en 1885, 3e (internement actuel) en 1900). Depuis, état stationnaire. Idées de persécution et de grandeur. Elle entend des voix qui semblent être l'extériorisation de sa propre pensée, elle a de fausses reconnaissances.

Tendance à la persévération. Pas de démence, bien que la maladie dure depuis 37 ans.

A la lumière de ces observations, Kleist décrit minutieusement la constitution paranoïque des malades, leurs idées et interprétations délirantes, leurs illusions et hallucinations, leur état intellectuel et d'autres symptômes accessoires. Puis il examine rapidement les diverses causes occasionnelles et l'étiologie de la paranoïa d'involution, en cherche l'essence pathogénique dans un trouble des glandes à sécrétion interne, et lui assigne une place dans le cadre nasologique.

1. — *Constitution paranoïque.* — L'humeur des malades

est toujours complexe ; au cours d'état dépressifs, surtout anxieux, surviennent des poussées d'excitation maniaque. De l'ensemble, résulte un état mixte, variable, fait d'angoisse, d'excitation, de méfiance, de colère, de soupçon, d'emportement, du désir de se venger, etc.

L'état de méfiance n'est pas continuel. Vollnhals offre parfois un état de calme relatif. Le plus souvent, les malades n'éprouvent de la méfiance que dans certaines circonstances ; ainsi Schwarz attribue ses métrorrhagies (par cancer de l'utérus) aux agissements de la « bande des sorcières », etc.

Les accès de colère sont fréquents (Gnad surtout et Schwarz) ; les raptus anxieux au début de là maladie ne sont pas rares.

Hörmann présente un aspect spécial ; au début elle était avant tout méfiante, elle se plaignait qu'on la regardait, qu'on cherchait à l'hypnotiser ; puis elle prétendait qu'on était obligé de la regarder ; enfin elle arrive à des idées de grandeur. Müller est fière et résignée, elle accepte ses « terribles effrayants martyrs » comme sa destinée.

Toutes les passions et affections, ayant trait à l'instinct sexuel, jouent un très grand rôle ; il s'agit d'ailleurs d'une exagération du caractère normal du sujet. Vollnhals voit son mari couché avec toutes les femmes ; Hörmann a toujours manifesté une pudeur exagérée, elle rougit à chaque visite, elle réclame toujours son mari pour se marier légalement cette fois. D'autres sont amoureuses des médecins, etc. ; la plupart sont érotiques.

A ces différents traits de caractère, on peut ajouter l'optimisme, la certitude de la victoire, l'estime exagérée de soi de certaines malades (Mayer, Bautner, Hörman), qui se manifestent par des interprétations multiples : Bautner prétend avoir lu dans le journal qu'on a envoyé en Allemagne 45 millions dont 15 lui appartiennent ; toutes les fois que Mayer lit le nom de Hüffner, elle croit à une parenté et à un héritage ; Hörmann voit partout des avertissements qui la concernent ; etc...

2. *Idées et interprétations délirantes*. — Les idées délirantes les plus fréquentes sont des idées des préjudice et de

grandeur, parfois chimériques, mais qui se maintiennent le plus souvent dans le domaine du possible et du vraisemblable, avec tous les intermédiaires.

Les malades se croient méprisés, négligés, diffamés, renvoyés de leur place, volés ; à l'asile on leur donne les plus mauvais vêtements, on leur refuse une meilleure nourriture, on n'envoie pas leurs lettres, etc... Vollnhals, qui s'est mariée 2 ans avant sa ménopause, est d'abord jalouse d'une autre malade de l'asile, puis le nombre de ses rivales s'agrandit de plus en plus ; toutes les femmes, depuis la plus jeune infirmière jusqu'à sa voisine de chambre, ont eu des relations avec son mari. Gnad attribue la perte de son œil au manque de soins, à une faute médicale ; Mayer, atteinte d'emphysème, déclare qu'on met des serpents dans son lit, qu'on envoie dans sa chambre des vapeurs de soufre et d'opium pour l'empêcher de respirer. D'autres malades se croient empoisonnées; la nourriture est mauvaise (Vollnhals), on met de la poudre, des acides dans la soupe (Bautner, Mayer).

Quant aux idées de grandeur, elles présentent les variétés suivantes : Müller s'attribue « un mérite spécial »; Bautner doit hériter de 15 millions du feld-maréchal mort en 1870 et du vice-roi d'Alger; Mayer a des idées encore plus fantastiques; Hörmann a le pouvoir d'élever le niveau moral de Munich; Bogner peut guérir toutes les maladies et apprivoiser les bêtes fauves, etc...

L'observation montre que la plupart des idées délirantes sont dues à des interprétations et à de fausses réminiscences.

Vollnhals étend tous les jours sa méfiance, elle flaire partout des dangers. Il faut voir comment elle prend sa nourriture, comment elle la remue d'un air soupçonneux jusqu'à ce qu'elle ait trouvé une miette suspecte. Elle seule nettoie sa chambre et lave sa vaisselle.

Les phénomènes normaux, les maladies amènent les plus grossières interprétations : un entérite banale est la conséquence d'une tentative d'empoisonnement; des douleurs rhumatismales sont attribuées à l'électricité (Bogner), l'emphysème à des vapeurs suffocantes; les vertiges, les céphalées, la surdité, causés par une apoplexie bulbaire (Brandmaier) sont dus à la ruine et la destruction des nerfs par le médecin.

Cet état morbide, non seulement détermine une interprétation inexacte des faits actuels, mais retentit encore sur les faits anciens en produisant de fausses réminiscences. Plusieurs malades croient que les personnes dont elles doivent hériter vivent encore ; elles ont de fausses reconnaissances. Müller présente au plus haut degré ce phénomène : elle voit partout des « variations » et finalement doute de tout. Hörmann prétend avoir vu le médecin à la clinique de Munich. Souvent les malades se contredisent dans leurs souvenirs dont l'ensemble est alors assez confus.

Très rarement on a de la confabulation vraie (Bautner, Vollnhals).

Mais, pour si intéressantes qu'elles soient, les fausses réminiscences ne jouent pas un aussi grand rôle que les interprétations. Elles sont surtout fréquentes chez les malades ayant des idées de grandeur (Mayer, Bautner, Vollnhals). Elles sont systématisées, en rapport avec les idées délirantes, à l'opposé des pseudo-réminiscences éphémères de la presbyophrénie ou de la psychose de Korsakoff.

3° Illusions et hallucinations. — Tous ces phénomènes expliquent en partie les idées délirantes, mais les troubles des perceptions ont, dit Kleist, une influence considérable.

Les illusions, intermédiaires entre l'interprétation et l'hallucination, existent chez tous les malades. Vollnhals prend un ouvrier pour son mari, elle reconnaît sa voix; Bautner voit venir « son major »; l'infirmière qui lui déclare qu'il s'agit du frère d'une autre malade n'est qu'une menteuse. L'affirmation que des personnes, mortes depuis longtemps, vivent encore et se trouvent à la clinique n'est qu'une illusion.

Les hallucinations *vraies* sont rares (Jourdan, Schwarz, Gnad, Bogner, Müller). Dans quelques cas elles sont très difficiles à distinguer des interprétations et des illusions et l'on ne peut affirmer leur existence.

Il s'agit surtout d'illusions visuelles et cénesthésiques et d'hallucinations, ou plus exactement de troubles de l'ouïe. Les hallucinations génitales sont très rares, à l'inverse de ce que l'on observe dans les démences paranoïdes. Les hallucinations se voient surtout au début (alcoolisme possible chez Schwarz) ou dans les périodes d'aggravation de la maladie, dues

à l'anxiété et à la colère (Jourdan, Schwarz, Gnad). Chez Müller, les hallucinations cessent lorsqu'elle cause, et reviennent dès que la malade donne libre cours à ses pensées.

Le contenu des hallucinations, surtout des troubles de l'ouïe, répond aux pensées intimes du malade. Dans les états stationnaires (Schwarz, Müller, Bagner), il s'agit d'écho de la pensée : « Vois, il le dit aussi. » Souvent ce sont des menaces, des injures. Schwarz qui entend des insultes à contenu sexuel, a aussi des visions du même genre.

Les hallucinations contribuent à la formation du délire ; le mari, les enfants, sont aussi à la clinique ; ils ont les mêmes souffrances ; le malade les entend crier ; etc.

La persécutrice, dont Jourdan entend la voix nuit et jour, doit être dans le jardin. Rien ne peut détruire la conviction des malades, bien qu'ils se rendent compte parfois du caractère invraisemblable de leurs hallucinations. Des personnes mortes vivent encore ; l'enterrement auquel ont assisté les malades n'était qu'une comédie. Bogner entend la voix de son mari et de sa rivale dans tous les logements qu'elle occupe ; il ne lui semble pas étrange qu'il soit tantôt à la cave, tantôt au grenier. Si les voix, plus faibles, paraissent venir de l'air, c'est que son ennemi s'est envolé ; la malade croit d'ailleurs aux sorciers et aux magnétiseurs. Schwarz est persuadée qu'elle est tombée dans les mains d'une bande de sorciers qui lui jouent « la comédie nue » comme au théâtre. Elle et d'autres voient que leurs ennemis connaissent leurs pensées ; mais aucune n'affirme qu'une influence étrangère dirige leurs actes, ce qui les différencie des déments paranoïdes.

4° État intellectuel. — D'autres symptômes importants s'observent dans le domaine intellectuel. Les malades ont de la peine à penser en dehors de leurs idées délirantes ; ils ne peuvent résoudre certains problèmes intellectuels ; les associations d'idées sont diminuées ; ils oublient des détails importants dans l'explication d'images (procédé de Binet) ; ils se contentent de réponses insuffisantes ; l'initiative intellectuelle est affaiblie. Ils ont tendance à rester sur place, à fournir des associations spéciales (définitions, réactions prédicatives, descriptions, répétitions). Souvent on a une persévération marquée ; chez d'autres, il y a tendance à réagir toujours de la même façon ; donner la définition ou l'usage, etc.

L'intelligence des malades est toujours dominée par les complexus délirants. Quel que soit le sujet de la conversation, les malades trouvent toujours moyen de revenir à leurs plaintes, à leurs accusations. Ils répètent cent fois leur histoire sans remarquer que depuis longtemps déjà on est rassasié de leur roman. Leur récit présente toujours les mêmes détails et presque les mêmes mots. Une fois lancés sur ce thème, on ne peut presque plus les faire changer. Dans une conversation, déjà, il est très pénible d'attirer leur attention sur un autre objet. Pendant des semaines ils rabâchent le même récit, par exemple une erreur réelle ou supposée du personnel ; ils ne laissent pas passer une visite sans se plaindre sans cesse de ce détail.

Ces symptômes sont à rechercher ; car, à un examen superficiel, les malades donnent l'impression d'une intelligence active. Ils racontent leurs histoires en détails avec prolixité (Weitschweifigkeit), presque avec une fuite d'idées ; celle-ci ne s'observe que dans ces circonstances. Même pour associer, les malades ont de la persévération et des réactions uniformes et improductives. La répétition des mêmes idées, sous des formes variables et avec des termes différents, l'emporte de beaucoup sur la suite d'idées.

Ce trouble est comparable au bavardage pauvre et uniforme des nombreux séniles ou des épileptiques qui présentent de la persévération, de la fuite d'idées, un amour des détails et en somme un état improductif. On peut également le voir dans certaines formes atypiques des états mixtes de la psychose maniaque dépressive. Ce n'est pas un signe de démence.

En résumé, l'état intellectuel de ces malades est caractérisé par un mélange de viscosité mentale, suivant l'expression de Revault d'Allonnes et de fuite d'idées (Denkhemmung, Haften mit Ideenflucht). Ces troubles existent à divers degrés suivant les malades et présentent toutes les combinaisons possibles. Cet état explique l'uniformité, la ténacité des idées délirantes, des interprétations et des troubles sensuels. Müller, par exemple, vit tous les changements qui se sont produits : les anciens médecins de l'asile sont encore là, la jeune femme d'un médecin n'est pas morte, etc. Les malades qui ont un délire plus touffu, des interprétations plus riches, des combi-

naisons plus superficielles et plus mobiles, présentent de la fuite d'idées plus marquée : Vollnhals, Bogner et surtout Bautner et Mayer.

5° *Troubles des actes et du langage.* — Les actes et les discours des malades dépendent très étroitement de leur état affectif antérieur et actuel et de leur état intellectuel.

Les unes, animées par un sentiment d'orgueil et la conviction d'un châtiment immérité, sont incitées à la lutte et combattent leurs persécuteurs. Mais, en général, la dépression domine (Brandmaier, par exemple, avec ses tentatives de suicide).

La logorrhée, l'agitation, le besoin de s'occuper et de penser se voient chez les malades excitées et chez celles qui présentent de la fuite d'idées (Mayer, Schwarz). Les interprétations et les troubles sensuels empêchent souvent les malades d'avoir une activité ordonnée dans la vie courante, mais à l'asile la plupart travaillent, font leur toilette, etc.

Il n'y a pas discordance entre l'activité d'une part, l'intelligence et l'état affectif d'autre part. On n'observe pas des phénomènes catatoniques, sauf chez Müller qui répète les derniers mots et intercale certaines expressions dans ses phrases, mais un symptôme isolé ne permet pas de poser le diagnostic de catatonie tardive.

Il n'y a ni troubles du langage, ni néologismes ; les expressions d'Hörmann (Schauen, Schaufrau, Schauhere), de Schwarz (Schierzdrohung, nachte Geschichte, Fläschle, Schlüssel), de Bogner (präparatisch gerichtet), etc., ne peuvent être regardées comme un trouble spécifique du langage analogue à ceux des schizophréniques ou des paranoïdes.

6° *Etiologie et évolution.* — Kleist passe tout d'abord en revue plusieurs facteurs qui donnent au délire quelques particularités.

En première ligne, vient la superstition. Schwarz croit à l'existence normale des sorcières et des magiciens. Bogner et Hörmann, laquelle se sentait hypnotisée, ont toujours cru à l'influence surnaturelle de certains hommes. Bautner a la plus grande confiance dans les pressentiments et l'interprétation des rêves ; son père, très superstitieux, s'était fait prédire par une tzigane le nombre de ses enfants.

La science et les pouvoirs des médecins paraissent à beaucoup de personnes une chose mystérieuse, très voisine de la magie. Être hypnotisé, empoisonné, électrisé, tout cela n'a rien de morbide. Brandmaier, atteint de paralysie faciale, prétend que le médecin a agi sur ses nerfs.

En deuxième ligne viennent les préjugés religieux, politiques et sociaux. Un protestant se croit persécuté par les catholiques, un paysan par les nobles, etc.

Certains événements antérieurs à la maladie jouent un rôle très important. La mère de Bautner, née Randon, descend réellement d'une famille émigrée. Depuis plusieurs générations, on se disait dans cette famille qu'un ancêtre avait occupé une très haute situation en France et possédait une fortune considérable; en effet, un maréchal Randon paraît bien être mort en 1870. Le père de la malade a déjà fait un procès pour l'héritage de ce maréchal. Il est tout naturel qu'au début de sa maladie, Bautner se soit rappelée cette vieille histoire et en ait fait le thème de son délire. Chez Mayer, l'idée d'héritage a été éveillée par la visite d'un missionnaire, parent éloigné, qui faisait des recherches généalogiques. Aussi cette femme, déjà malade, qui venait de perdre dans une faillite la plus grande partie de sa fortune, a eu l'espoir d'hériter de parents éloignés.

Bien que moins grande, l'influence d'autres facteurs est à envisager.

La solitude prédispose à la paranoïa d'évolution : 7 sur 10 des malades sont des femmes seules; 4 célibataires, 1 veuve, 2 femmes abandonnées par leur mari. Aussi ont-elles des soins pour leur sûreté personnelle, leur fortune, etc.

Les discussions avec les voisins, les propriétaires, dans lesquelles il y a parfois une part de vérité, jouent un rôle.

La diminution de la capacité de travail par suite de l'âge avancé des malades leur fait croire qu'ils sont renvoyés de leur place.

Signalons enfin l'influence des faits antérieurs de la vie sexuelle des malades, auxquels se rattachent nombre d'idées délirantes.

La paranoïa d'involution est très fréquente chez la femme : 9 cas chez la femme, 1 cas chez l'homme.

Le début se fait de 46 à 52 ans, à 54 ans chez l'homme. Six malades ont présenté des troubles avant la ménopause, Jourdan est encore réglée, Bogner et Mayer sont tombées malades après la ménopause.

La maladie met de quelques mois à plusieurs années pour atteindre son maximum entre 48 et 60 ans, de 15 à 13 ans après la ménopause ou quelquefois l'année même de la ménopause, ou parfois avant la suppression des règles.

L'évolution progressive présente parfois des poussées aiguës ou suraiguës; des rémissions passagères peuvent s'observer. Tant que les malades sont encore réglées, il y a aggravation de la psychose à chaque menstruation; Brandmaier présente toutes les quatre semaines quelques jours d'agitation. A part ces menus incidents, la maladie reste stationnaire.

La qualité des phénomènes délirants peut se modifier. Au début apparaissent souvent des accès d'anxiété et de dépression; parfois même des tentatives de suicide peuvent s'observer (Schwarz, Müller, Gnad et Brandmaier).

La psychose débute à l'époque de l'involution sexuelle et présente un rapport étroit avec la ménopause, mais comme son maximum ne s'observe que plusieurs années après, on serait tenté d'accorder une certaine influence à la sénilité ou à l'artério-sclérose cérébrale. Brandmaier, après une apoplexie bulbaire, tombe dans la démence; Vollnhals et Bogner présentent une diminution notable de la mémoire et de l'attention. Cependant, les paranoïa d'involution ne doivent pas être regardées comme une forme de démence sénile ou de démence par artério-sclérose.

En effet, dans les trois cas précités, les signes de démence sont apparus tardivement, alors que la maladie durait depuis 20 ans chez Brandmaier, 12 ans chez Vollnhals et 9 ans chez Bogner; de plus il n'y a pas de signes de démence chez les autres malades, bien que la paranoïa évolue depuis 37 ans chez Müller, 18 chez Gnad, 16 chez Schwarz. On ne peut donc prendre cette psychose pour une forme de démence sénile d'artériosclérotique, puisqu'il n'y a pas de troubles de la mémoire, de l'attention, de l'orientation, etc.

Il ne s'agit pas non plus de la démence, décrite par Alzhei-

mer qui se caractérise par une abolition des facultés. Il y a bien des cas de démence sénile ou artériosclérotique qui débutent par un état paranoïque avec des idées de préjudice et de jalousie et des interprétations ; mais le délire est plus pauvre, plus mobile, et au premier plan se présentent les troubles de l'attention, de l'orientation, etc. Jamais on ne voit s'écouler dix ans et plus sans les voir apparaître. Souvent des cas de paranoïa tardive ont dû être classés à tort dans la démence sénile ou artériosclérotique.

On a pu rapprocher des cas de paranoïa du délire de préjudice présénile de Kræpelin. Kræpelin, dans un travail de juillet 1912, a changé sa conception du délire de préjudice : il n'y a pas abolition des facultés, malgré la durée de la maladie, telle est sa dernière opinion. Le délire de préjudice présénile n'est pas identique à la paranoïa d'involution ; il y a bien un état de méfiance assez voisin, mais les idées délirantes sont plus fugaces, plus mobiles, elles ne sont jamais systématisées, ce ne sont que des idées de grandeur. De plus Kræpelin déclare son délire de préjudice excessivement rare, Kleist n'en a jamais observé, tandis qu'il a pu réunir dix cas de paranoïa d'involution.

Dans le cas de Schwarz on pouvait penser à une psychose alcoolique : elle a fait des excès de boissons et elle présentait au début le tableau d'une hallucinose aiguë. Puis sa constitution affective s'est développée, elle est devenue méfiante, coléreuse, interprétante. Il semble que nombre de paranoïa chroniques alcooliques doivent être des paranoïa d'involution.

Dans trois cas (Hörmann, Bautner, Bogner) le Wassermann a été négatif et l'aspect clinique d'ailleurs ne rappelait pas la méningo-encéphalite syphilitique.

Pathogénie. — On peut se demander maintenant si la paranoïa d'involution n'a pas une base organique, comme la chorée de Huntington et la paralysie agitante qui s'accompagnent souvent d'états paranoïques. Il ne le semble pas : toute lésion cérébrale progressive finit par amener la démence, alors que dans la paranoïa il y a un état stationnaire sans symptômes de déficit.

S'agit-il de troubles des fonctions cérébrales dus aux modifications produites dans l'organisme par la ménopause? Si

l'on étudie la personnalité antérieure des malades, toutes étaient des anormales, des psychopathes et portaient en elles les germes de leur maladie. Elles sont volontaires, entêtées, méfiantes, susceptibles; elles présentent déjà une ébauche de leur psychose future avec toutes ses nuances. Il n'y a jamais de contraste violent entre la psychose et la personnalité antérieure.

L'hérédité montre aussi le caractère constitutionnel de la maladie. Un exemple remarquable de disposition primitive à la paranoïa est réalisé en Bautner dont la sœur a présenté une paranoïa d'involution et dont le père était un processif.

N'oublions pas la parenté de la paranoïa d'involution et des affections dépressives : le père de Mayer, le père et les deux oncles de Müller se sont suicidés ; une sœur d'Hörmann a fait deux accès de dépression et s'est suicidée.

Il en résulte clairement que la paranoïa d'involution paraît bien être l'exagération de la constitution hypoparanoïque des malades.

Celle-ci est autochtone et résulte de causes endogènes. On peut supposer qu'elle est due à un trouble de la sécrétion interne des ovaires ou autres glandes.

A l'époque de l'involution se produisent chez beaucoup de sujets des modifications de la personnalité qui sont beaucoup plus marquées chez les sujets hypoparanoïques.

Les états anxieux et dépressifs sont aussi en rapport étroit avec l'involution sexuelle : les modifications physiologiques qui se voient dans toute ménopause, la névrose d'angoisse de la ménopause et enfin la mélancolie anxieuse présénile ou mélancolie du retour d'âge, comme l'appelait autrefois Kræpelin.

La paranoïa d'involution présente de grands rapports avec la forme tardive du délire d'interprétation de Sérieux et Capgras.

La paranoïa d'involution est-elle toujours incurable ? Bien que Kleist n'ait observé aucune amélioration chez ses malades, il envisage pourtant la possibilité d'une guérison dans quelques cas particuliers. Il y a peut-être des formes légères qui ne nécessitent pas l'internement.

Certains auteurs, Specht, entre autres, ont rapproché la

paranoïa d'involution des états mixtes de la psychose maniaque dépressive.

Kleist n'admet pas cette manière de voir.

Conclusion. — Il existe une constitution psychique anormale, la *constitution hypoparanoïque*, caractérisée par une hypertrophie du moi, de l'égoïsme, de l'esprit de domination, de la susceptibilité et de la méfiance.

2° Chez certaines personnes, à l'époque de l'involution sexuelle, entre 40 et 52 ans, il se *produit*, sous l'influence des modifications apportées dans l'organisme par la suppression des fonctions sexuelles (sécrétions internes), une *exagération de cet état anormal* qui revêt l'allure de la paranoïa d'involution.

3° Les troubles essentiels de la paranoïa d'involution sont les suivants : changement affectif dans le sens de l'une des multiples nuances d'un état mixte (méfiance et dépression avec idées de préjudice ; colère et expansion avec idées de grandeur plutôt) ; interprétations, illusions et fausses reconnaissances, commandées par l'état effectif ; hallucinations ; état intellectuel spécial formé d'un mélange de persévération, de viscosité mentale et de fuite des idées.

Le délire est formé par l'ensemble de plusieurs de ces troubles élémentaires. Il comprend des idées de préjudice uniquement ou un mélange d'idées de préjudice et de grandeur, plus ou moins vraisemblables, plus ou moins mobiles ou systématisées. Les différences entre les divers cas dépendent du nombre, de l'intensité et de l'aspect des troubles essentiels.

4° L'évolution est progressive ou procède par poussées aiguës ou suraiguës. Lorsque le maximum du délire est atteint (de 48 à 60 ans environ) la psychose demeure stationnaire. Elle est infiniment plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

5° La constitution hypoparanoïque appartient à un vaste groupe de constitutions anormales, ainsi que l'état hypomaniaque, l'état dépressif et circulaire. La paranoïa ne doit pas être rangée dans la psychose maniaque dépressive.

Affaiblissement de la nocivité d'un traumatisme épileptisant et de la syphilis acquise ou héritée avec l'ancienneté de leur action sur l'organisme, par M. AMELINE (Chezal-Benoit).

Dans des travaux antérieurs l'auteur a recherché la loi d'évolution de l'épuisement cérébral et montré que cette loi n'est pas spéciale à la fatigue intellectuelle, mais qu'elle régit l'évolution de processus, ayant la durée parfois de toute l'existence : tension artérielle, fréquence du pouls, élimination de l'urée et de l'acide carbonique. L'activité, évaluée numériquement, du cerveau, du cœur, des poumons et des reins s'épuisant peu à peu avec les progrès de l'âge en tendant vers une limite, selon une progression géométrique.

Poursuivant ses recherches, et utilisant toujours des travaux dont l'objet et le but sont tout à fait différents des siens, il a pu se rendre compte que la prédisposition héréditaire à la folie, d'une part, suivait la même loi que l'épuisement cérébral et d'autre part était comparable à l'infection tuberculeuse, l'activité de ces processus morbides (à laquelle s'oppose la résistance de l'organisme) s'épuisant de la même façon avec les progrès de l'âge.

Aujourd'hui il compare encore une affection cérébrale et une maladie ordinaire considérée dans une première et une seconde génération : épilepsie traumatique (d'après les recherches de Marchand), et syphilis acquise ou héritée (d'après A. et E. Fournier).

L'examen des courbes qu'il a calculées en partant de la loi exposée plus haut et des chiffres trouvés et observés par les auteurs cités est tout à fait convaincant. On voit d'abord qu'un processus biologique peut suivre avec une extrême rigueur une loi exprimable par une formule précise.

On vérifie les conséquences suivantes qu'il a déjà énoncées l'an dernier.

La prédisposition héréditaire à la folie, ou dégénérescence mentale, mérite bien d'être considérée comme une espèce nosologique puisqu'elle est tout à fait analogue à des processus morbides bien déterminés et classés, héréditaires ou acquis comme un traumatisme, la syphilis, la tuberculose.

On peut signaler aussi l'importance que pourra prendre la loi d'évolution en question dans l'eugénique : en effet, cette loi se rattache étroitement à la loi de Galton-Pearson. Il en résulte notamment qu'en ce qui regarde les transmissions héréditaires, les vues hypothétiques de Mendel rencontrent dans les recherches de l'auteur des objections précises et graves, si on veut les appliquer à des individus d'une même espèce ou variété.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ET

SÉANCE DE CLOTURE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée générale a eu lieu le samedi 2 août à 5 heures du soir.

L'exercice financier de la XXII[e] session, communiqué par le Secrétaire général du Comité permanent, au nom du docteur Porot, de Tunis, est approuvé (v. page 11).

*
* *

L'Assemblée générale décide de nommer un Secrétaire général adjoint. M. le D[r] Lalanne, Médecin en chef de l'Asile de Maréville, est désigné pour 1914.

*
* *

L'Assemblée générale décide d'ajouter aux Statuts que le Secrétaire général aura pleins pouvoirs pour toucher les subventions, allouées au Congrès et pour donner quittance.

*
* *

L'Assemblée générale confirme la prochaine session du Congrès (XXIV[e]) qui aura lieu à Luxembourg en août 1914 sous la présidence du D[r] Dupré (de Paris) avec le D[r] Buffet comme Secrétaire général et le D[r] Lalanne comme Secrétaire général adjoint.

Elle décide que la XXV[e] session se tiendra à Besançon en 1915 sous la présidence du D[r] (Henry) Meige qui est nommé vice-président du XXIV[e] Congrès.

*
* *

Les questions qui seront exposées au Congrès de Luxembourg, sont :

Première question (Psychiatrie) : Les *psychoses post-oniriques* ; rapporteur : M. le Dr Delmas (de Paris).

Deuxième question (Neurologie) : *Maladie de Basedow* ; rapporteur : M. le professeur agrégé Roussy (de Paris).

Troisième question (Médecine légale) : *Des maladies mentales professionnelles* ; rapporteur : M. le Dr Coulonjou (de Chambéry).

SÉANCE DE CLOTURE [1]

Cette séance a eu lieu à l'asile d'aliénés de Montredon près Le Puy. Après un certain nombre de communications, M. le Professeur Gilbert Ballet a fait la critique de quelques-unes des dispositions du projet de réforme de la loi de 1838, voté par la Chambre des Députés et actuellement soumis au Sénat. Il a en conséquence proposé au Congrès l'adoption du vœu suivant qui a d'ailleurs été adopté à l'unanimité :

Les membres du XXIIIe Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française réunis au Puy au mois d'août 1913,

En présence du projet de révision de la loi de 1838, voté par la Chambre des Députés et actuellement soumis au Sénat, émus par certaines dispositions de ce projet,

Considérant que si l'intérêt des médecins en général et des médecins d'asile et de maisons de santé en particulier est que leur responsabilité dans l'application des mesures légales qui visent les psychopathes soit autant que possible dégagée, l'intérêt des malades et de leur famille doit être cependant pour le législateur la préoccupation dominante,

Que s'il est légitime et souhaitable d'exiger pour les aliénés criminels et pour ceux qui protestent contre l'internement d'une façon habituelle, formelle et cohérente, l'intervention d'une décision judiciaire, il serait infiniment vexatoire d'imposer une décision de même nature aux autres malades qui constituent plus

(1) Une omission regrettable s'est produite dans le compte-rendu (p. 32) de la séance d'ouverture. Nous devons en effet ajouter à la liste des Présidents d'honneur, le nom de M. l'Inspecteur général Granier dont on connait la compétence particulière dans toutes les questions qui ont trait à la psychiatrie et l'intérêt qu'il porte à nos Congrès.

de 80 p. 100 et de transformer ainsi les asiles et maisons de santé en des sortes de prisons où, comme dans les prisons actuelles, on n'entrerait qu'en vertu d'un jugement,

Que, si l'autorité doit veiller à éviter les séquestrations à domicile possibles, mais très rares, et les mauvais traitements dont il arrive de loin en loin que les malades gardés chez eux soient l'objet, on doit éviter avec soin d'imposer une surveillance humiliante et compromettante pour leurs intérêts matériels et moraux aux familles qui, pour soigner leurs malades chez elles, font de louables sacrifices de temps, de dévouement et d'argent.

Qu'exiger, en cas de placement d'un malade dans un établissement de l'étranger, une déclaration au procureur de la République du lieu de la résidence, c'est sacrifier au souci de préoccupations chimériques d'internements injustifiés, la possibilité de dissimuler certaines infortunes et léser ainsi des intérêts éminemment respectables,

Regrettent que la mort du président et la non réélection du rapporteur primitif de la Commission sénatoriale aient rendu nécessaire la remise sur chantier du projet de loi, estiment qu'il serait fâcheux qu'un projet de cette importance, quelqu'ancienne que soit la question et précisément parce qu'ancienne, soit voté sans enquête suffisante.

Et adressent respectueusement au Sénat le vœu qu'il ne discute le projet de loi soumis à ses délibérations qu'après que sa commission remaniée se soit livrée à une enquête technique dont pourrait s'inspirer son nouveau rapporteur.

M. l'Inspecteur Général Granier qui se rallie d'ailleurs au vœu précédent émet avant son vote les observations suivantes :

M. Granier regrette à la fois que les circonstances douloureuses qu'a indiquées M. le professeur Ballet aient motivé le renouvellement de ses observations et entraîné si tardivement leur transmission au Sénat. La haute Assemblée en sera saisie dès la reprise de ses travaux.

Il croit devoir ajouter que ces conclusions d'une remarquable précision trouvent leur développement naturel dans l'imposante communication de M. le professeur Ballet à l'Académie de médecine dont, pour sa part, une conversation particulière lui a permis de saisir toute la portée.

Il lui reste néanmoins un doute, non sur le dispositif, mais sur les motifs du vœu, soumis à la ratification de l'Assemblée.

Lorsque M. le Professeur Ballet demande que l'intervention de l'autorité judiciaire soit réduite aux seuls protestataires, entend-il maintenir pour les autres les formalités administratives imposées pour tout placement par la loi de 1838. Dans ce cas, c'est l'application de la législation actuelle. Il suffirait de faire appel aux souvenirs de concours de M. le docteur Suttel pour le démontrer, sans revenir sur la question qu'il y traita : *du rôle des magistrats dans les sorties*. Des réserves pourraient également être faites sur la curatelle publique des malades traités à domicile. Le Ministère public est le protecteur des incapables; il intervient dans l'intérêt de la fortune dotale sans troubler pour cela la paix du ménage, mais l'assemblée aurait-elle oublié cette cause de discorde autrement grave, la folie d'un des époux Si la pitié filiale ou l'amour paternel donnent dans la plupart des cas des garanties suffisantes, peut-on en dire autant du conjoint, alors que dans certaines unions il a été reconnu que l'affection ne survivait pas à la maladie mentale de l'un ou de l'autre des époux.

Tout ce que l'on pourrait dire sur ces questions, c'est que, d'après la judicieuse distinction faite ce matin, il s'agit de psychopathes et non d'aliénés, et la loi sur les aliénés, ne s'occupant que des malades placés dans les asiles, laisse au Code le soin de régler la protection due à tous les malades.

Cette conception fournirait encore une solution pour les dernières observations de M. le Professeur Ballet. Des cartels internationaux pourraient être échangés pour régler le statut personnel des étrangers ou des Français, résidant à l'étranger. Quel que soit le sort réservé au vœu présenté par M. le Professeur Ballet, M. Granier tient à s'associer aux remerciements que lui adressera certainement l'assemblée pour le concours si autorisé qu'il veut bien donner à la révision de la loi de 1838.

Le Congrès émet ensuite le vœu que soit constitué un comité international pour l'organisation des Congrès internationaux de neurologie, de psychiatrie et de psychologie.

L'ordre du jour du Congrès, étant épuisé, M. le Président du Congrès, après une courte allocution, déclare close la session officielle du XXIII[e] Congrès.

Les Congressistes, à la sortie de la salle des séances, visitent l'Asile d'aliénés. Ils se rendent tout d'abord dans le réfectoire du Pensionnat où une collation leur est servie. M. le

Supérieur Général de la communauté de Sainte-Marie de l'Assomption à laquelle appartient l'Asile souhaite à tous la bienvenue, et M. le Président Arnaud, en le remerciant de l'hospitalité que la congrégation a bien voulu donner au Congrès, loue le dévouement connu d'un ordre qui se consacre exclusivement aux soins à donner aux aliénés. Il se fait l'interprète de tous en félicitant le Supérieur des efforts faits par sa maison pour suivre, d'aussi près qu'il est possible, les progrès de l'assistance, effort dont la visite qui suit est une éclatante confirmation. On cause un moment par petits groupes, on se rafraichit, puis accompagnés par le personnel dirigeant de l'établissement, par MM. les Drs Bonhomme, Abrial et Suttel, les Congressistes commencent la traversée des quartiers, coupée par un repos sur le plateau ensoleillé qui termine l'Asile. De là, on découvre l'admirable cirque des Monts du Velay et la ville du Puy dont les toits rouges encerclent le Mont Anis avec la Cathédrale, accrochée à son flanc, et couronné par la statue de la Vierge.

C'est le 25 juin 1850 que les Religieuses de Sainte-Marie de l'Assomption, modestement installées dans une petite maison, reçurent leurs premiers malades; six ans après, des religieux leur furent adjoints pour les soins à donner aux hommes. Peu à peu l'établissement s'est agrandi, des traités lui ont donné les fonctions d'asile public et aujourd'hui le nombre des malades hospitalisés dépasse 1100. Les Congressistes s'arrêtent particulièrement au pensionnat de la section des femmes qui est neuf et parfaitement bien agencé. De l'avis de plusieurs Congressistes, l'asile de Montredon est un établissement que beaucoup de départements pourraient envier à la Communauté de Sainte-Marie de l'Assomption.

RÉCEPTION ET EXCURSIONS

RÉCEPTION ET EXCURSIONS

Vendredi 1er août.

Après la séance, les Congressistes se dirigent vers la Cathédrale à travers les rues de la vieille ville. Sous la direction autorisée de M. Giron, le plus documenté et le plus aimable des cicerones, ils visitent le musée religieux dont la salle capitulaire contient l'admirable fresque des arts libéraux; le cloître, fort bien conservé. Puis, par des escaliers rapides, qui mettent à l'épreuve le myocarde de nos doyens, nous accédons à la plate-forme où est érigée la statue de Notre-Dame de France, vierge monumentale fondue avec les canons pris à Sébastopol et dont quelques-uns garnissent encore les bords du plateau. -- De ce point, la vue s'étend sur toute la ville, au loin sur les montagnes du Velay, dominées par le « roi des Cévennes », le Mezenc. — Plus près, on aperçoit le donjon de Polignac qui, perché sur son rocher abrupt, semble encore menacer le pays auquel jadis il inspira tant de crainte. Quelques-uns d'entre nous grimpent dans la statue haute de 22 mètres, pendant que les autres continuent à admirer le paysage qui s'étend à nos pieds en se guidant sur une table d'orientation que le Touring-Club a eu l'heureuse idée de faire établir. Puis chacun se hâte de regagner son hôtel par les rues en escalier qui, en quelques instants, nous reconduisent au centre de la ville.

Dimanche 3 août.

La journée est consacrée à une excursion en auto à la Chaise-Dieu. Au passage, nous saluons les orgues d'Espaly,

production basaltique, située au pied du volcan éteint de la Denise. De la plate-forme où elles s'étagent, les congressistes contemplent la chaîne des Cévennes et le bassin du Puy. Nous longeons le flanc du volcan; puis, brusquement nous découvrons le donjon de Polignac, bâti sur un bloc basaltique aux flancs escarpés, véritable nid d'aigle. Nous arrivons bientôt au curieux château de La Roche-Lambert que nous visitons et qui évoque en nous le souvenir de George Sand. Nous traversons Allègre, dominé par la « potence », restes d'un vieux château féodal. Après un coup d'œil au lac de Malaguet, nous arrivons à la Chaise-Dieu.

En attendant l'heure du déjeuner, on pénètre dans l'église où a lieu, sous l'aimable conduite du très documenté M. Breysse, la visite minutieuse des stalles, du jubé, des tapisseries, de la danse macabre, du tombeau de Clément VI.

A une heure, déjeuner auquel chacun fit honneur. Au dessert, M. le Dr Dorel, ancien directeur de l'établissement hydrothérapique de Brioude et Président de la Fédération des syndicats médicaux de la Haute-Loire, nous souhaite aimablement la bienvenue dans l'arrondissement de Brioude (auquel appartient la Chaise-Dieu) au nom du syndicat médical de cet arrondissement. Puis, M. le professeur Crocq (de Bruxelles) dans une de ces improvisations spirituelles dont il a le secret, nous dit combien il a souffert de s'être trop longtemps tenu à l'écart de nos Congrès et se compare à l'exilé qui revoit avec joie la mère patrie. Aux applaudissements de tous, il boit à la France et aux Français, et rappelle aimablement cette parole qu'à l'étranger, tout homme a deux patries « la sienne et puis la France ».

Après le déjeuner visite de la *salle des échos* et ascension de la *Tour Clémentine*. Puis le départ a lieu vers 3 heures, et le retour s'effectue par Bellevue d'où nous gagnons Vorey par une descente en lacets à la fois pittoresque et périlleuse. De Vorey au Puy (22 km). nous suivons la curieuse vallée de la Loire.

Le soir, la réception offerte par le Président et les membres du Congrès clôt cette journée si bien remplie. Mme et MMlles Arnaud font les honneurs de cette réunion avec une courtoisie charmante.

Mardi 5 août.

Nous quittons Le Puy à la première heure pour nous acheminer vers le Mezenc. A 10 heures du matin, nous nous retrouvons tous à 1.754 mètres d'altitude, personne n'ayant reculé devant les fatigues de l'ascension. On est d'ailleurs largement récompensé par l'admirable panorama qui embrasse à la fois les vallées de la Loire et du Rhône. Cette ascension constitue un excellent apéritif ; car chacun fait honneur au déjeuner succulent qui nous est servi au châlet du Syndicat d'initiative du Velay. Nous gagnons ensuite le Gerbier des Joncs par une route très accidentée; nous passons à la *Chartreuse de Bonnefoy ;* puis brusquement à un tournant, comme un décor féérique, apparaissent à nos pieds en un chaos sans pareil les sommets pointus des montagnes de l'Ardèche. Lorsque nous arrivons au pied du Gerbier des Joncs, seuls, quelques intrépides accomplissent une montée assez âpre, pendant que les autres rendent à la source de la Loire une visite de courtoisie. Elle nous reçoit très modestement dans une écurie où elle prend sa source par un mince filet d'eau. Nous repartons bientôt pour le lac d'Issarlès où nous arrivons après avoir subi en cours de route un orage épouvantable. Le ciel gris ajoute à la mélancolie de ce lac à l'aspect sauvage. Le retour par le Monastier à l'église curieuse, Coubon où nous traversons la Loire, s'effectue sous un ciel plus clément.

Mercredi 6 août.

A 8 h. 1/2, départ pour le lac du Bouchet. Nous prenons pour nous y rendre le chemin des écoliers, afin de jouir du coup d'œil que nous offriront les gorges de la Loire à Goudet. En cours de route, nous nous arrêtons quelques instants à la Pépinière pour admirer l'impressionnant panorama de la vallée de la Loire, à 300 mètres à pic, à nos pieds. Vers midi, nous arrivons au lac du Bouchet, situé à 1,200 mètres d'altitude dans un ancien cratère de volcan.

Après le déjeuner sous les arbres et dans la fraîcheur des bords du lac, M. Boyer, pharmacien au Puy, président du Syndicat d'initiative du Velay, nous remercie au nom de sa petite province du choix qui a été fait du lieu de notre réunion et il espère que nous garderons longtemps le souvenir des aspects pittoresques, grandioses et émouvants du Velay.

M. le président Arnaud remercie d'un mot aimable tous ceux qui ont contribué à la réussite du Congrès, et en particulier le Dr Suttel, secrétaire général. Il prie ce dernier de transmettre à Mme Suttel, retenue loin du Puy, les regrets des Congressistes.

M. le professeur Régis joint ses remerciements à ceux de M. le président Arnaud et regrette lui aussi l'absence de Mme Suttel; il charge le secrétaire général de lui transmettre l'expression de la respectueuse sympathie des Congressistes.

En réponse à ces remerciements qu'il considère comme trop élogieux, le Secrétaire général s'excuse des imperfections du Congrès. Seuls les sites que nous venons de parcourir atteignent la perfection, justement parce que, dans cette partie du Congrès, il n'a pas eu à faire œuvre d'organisateur.

La rentrée au Puy a lieu à 4 heures. Beaucoup de congressistes ont déjà dû partir, la plupart prendront le train ce soir et ce n'est qu'une faible partie des assistants de la XXIIIe session qui se rendra à l'aimable invitation de la Société des Eaux de Vals.

Jeudi 7 août.

Départ très matinal en raison du long trajet à parcourir. Pendant la traversée des hautes montagnes qui séparent le bassin de la Loire de celui du Rhône, traversée coupée par une visite à l'*Auberge sanglante de Peyrebeille*, c'est une suite d'enchantements dans un paysage des plus variés et des plus pittoresques. Arrivée à Vals à 10 heures où sous la conduite de l'aimable M. Chalamon, administrateur de la Société des Eaux, nous visitons en détail l'établissement dont nous admirons la bonne tenue et le perfectionnement de l'outillage. A midi, déjeuner des plus succulents offert par la Société des Eaux et qui se termine par des toasts de M. le président

Arnaud, de M. le professeur Ballet et de M. le D[r] Pamard (d'Avignon), président du Conseil d'administration de la Société des Eaux de Vals, qui nous rappelle en quelques mots son jeune temps d'externat. Epoque déjà lointaine, nous dit-il; sans cette affirmation, nous croirions qu'il s'agit d'hier, tant la belle humeur et la verdeur de notre distingué confrère semblent démentir qu'il est notre doyen.

L'heure du départ et de l' « au revoir à l'an prochain à Luxembourg » a sonné. Les Congressistes s'égrènent dans toutes les directions, emportant un souvenir agréable du beau pays qu'ils viennent de parcourir. Quelques-uns d'entre eux, les « célibataires », qui ont été logés au Lycée de jeunes filles durant leur séjour au Puy, joignent à ce souvenir celui d'une aimable hospitalité; M. le président Arnaud et le D[r] Suttel sont ici les interprètes de tous les Congressistes en adressant leurs respectueux remerciements à M[me] Laplace, la directrice du Lycée, qui a bien voulu organiser dans son établissement les salles nécessaires aux séances du Congrès et mettre gracieusement à la disposition de quelques-uns d'entre nous de confortables logements.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉLIMINAIRES

PREMIÈRE PARTIE

Discussion des rapports.

COMMUNICATIONS

Assemblée générale et séance de clôture.

Réceptions et excursions.

LE PUY-EN-VELAY. — IMPRIMERIE PEYRILLER, ROUCHON ET GAMON